

ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневого



№1 2018

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.**

№1 2018

ТЕЗИСЫ

ОБЩЕРОССИЙСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ФОРУМА-2018

с международным
участием

г. Москва
3-6 апреля 2018 г.

Нормативная база и примерные модели организации хирургической помощи населению в различных регионах Российской Федерации в рамках создания Национального проекта стратегии развития хирургии в стране
Челябинск, Москва

Профессора С.А.Совцов и А.В.Федоров

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Институт хирургии имени А.В.Вишневского

Несмотря на серьезные трудности, которые испытывает здравоохранение России в конце XX – начале XXI веков, удалось сохранить лучшие традиции Российской хирургической школы, проверить на практике ряд новых моделей организации хирургической службы. Апробированы организационные формы взаимодействия разных звеньев системы здравоохранения, позволившие рационально использовать имеющееся в регионах технологическое оборудование и врачей-специалистов, повысить качество диагностики, сократить сроки предоперационного обследования и продолжительности госпитального лечения больных при увеличении количества и сложности выполняемых операций.

В последнее десятилетие существенно изменились представления о методах лечения некоторых заболеваний и, соответственно, были изменены технологии их лечения, которые стали более эффективными, но и одновременно более дорогостоящими. Повсеместно внедряются малоинвазивные технологии оперирования (эндовидеохирургия и др.). В ряде регионов отмечен устойчивый рост финансирования хирургической службы за счет местного бюджета.

Тем не менее, тенденцией последних лет стал рост числа экстренных и снижение числа плановых хирургических вмешательств, что существенно изменило пропорции хирургической активности. Этот показатель является интегрированным и указывает на наличие недоработок на амбулаторном этапе и не только на нем. Кроме того, вызывает тревогу тот факт, что текущие тарифы ОМС не поддерживают имплементацию современных хирургических технологий в практику, даже тех, которые уже включены в Национальные клинические рекомендации.

В связи с этими и многими другими факторами, в настоящее время не вызывает сомнений необходимость создания и реализации Национального проекта стратегии развития хирургии в стране, включающего в себя:

1. Стабилизацию доступности хирургической помощи
2. Повышение качества оказания хирургической помощи
3. Улучшение безопасности при лечении хирургических больных
4. Совершенствование организации оказания хирургической помощи населению в регионах страны с приведением мощности и структуры сети хирургических подразделений медицинских организаций (МО) в соответствие с потребностями населения и с учетом территориальных особенностей регионов страны; создания двух-трехуровневой системы оказания хирургической помощи; совершенствование хирургических технологий, диагностической и лечебной базы.

Россия - страна, обладающая очень большой территорией. Большинство регионов страны имеют очень большие различия в плотности населения. Общая плотность населения России на 1 января 2017 год составляет 8,57 чел/км².

Население в стране распределено крайне неравномерно:

68,3 % россиян проживают в европейской части России, составляющей 20,82 % территории. Плотность населения в европейской части России — 27 чел/км², в азиатской — 3 чел/км². Городское население составляет 74,27 % (2017 г.). Плотность населения так же имеет очень неравномерную составляющую. Так, например, этот показатель в г. Москва составляет 4834,31 чел/км², в Калужской области - 34,07, в Тульской - 58,39, в Самарской - 59,81. С другой стороны, в Республике Саха (Якутия) - 0,31, в Красноярском крае - 1,21, в Тюменской области (с автономными округами) - 2,50 чел/км².

Поэтому стандартных подходов по организации хирургической помощи населению в различных регионах России быть не может.

Организация медицинской (в т.ч. и хирургической) помощи населению регламентирована главными действующими документами:

- Указ Президента Российской Федерации №598 от 7 мая 2012 г. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;
- Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации № 294 от 15 апреля 2014 г.;
- Распоряжение Правительства Российской Федерации № 614-р от 15 апреля 2013 г. «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года»;

Основным документом, регламентирующим работу системы здравоохранения является Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Закон регламентирует ОРГАНИЗАЦИЮ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ (гл.5), обосновывает доступность и качество медицинской помощи (гл.5, ст. 10). В статье 32. «Медицинская помощь» отмечено, что:

1. Медицинская помощь (в том числе и хирургическая) оказывается медицинскими организациями и классифицируется по **видам, условиям и форме** оказания такой помощи.

2. К **видам** медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь.

В п. 3. этой же статьи указано, что медицинская помощь может оказываться в следующих **условиях**:

- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

В п. 4. разъяснено, что **формами** оказания медицинской помощи являются:

- 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на

определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью

Очень важными для организации хирургической помощи населению являются основные ее положения, отраженные в статье 37. «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи»:

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи (в ред. Федерального закона N 55-ФЗ от 08.03.2015).

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

В Российской Федерации порядки оказания специализированной (в т. ч. хирургической) медицинской помощи осуществляются на основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 922н от 15 ноября 2012 г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" и предусматривают этапную систему ее оказания, с маршрутизацией направления пациентов в учреждения здравоохранения 3-х уровней:

•**1 уровень** - муниципальные – для оказания первичной специализированной медицинской помощи при неотложных состояниях;

•**2 уровень** - муниципальные, а так же межмуниципальные центры субъектов Российской Федерации – для оказания специализированной помощи, в том числе при неотложных состояниях;

•**3 уровень** - учреждения субъектов Российской Федерации и федеральные учреждения – для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Статья 33 ФЗ №323 «Первичная медико-санитарная помощь» разъясняет принципы оказания

медицинской (в т.ч. и хирургической) помощи в МО 1 уровня:

п.4. «Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).»

п.5. «Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.»

п.6. «Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.»

Статья 34 ФЗ №323 «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь» :

«Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, т.е. в МО 2 уровня.»

На основании вышеприведенных правовых документов государственного уровня Профильная комиссия по хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российское общество хирургов предлагает следующие варианты организации хирургической помощи в территориях страны

I вариант

На территории, где нет врача хирурга и анестезиолога:

- первичную хирургическую помощь в виде диагностики и неотложного лечения на догоспитальном этапе оказывает специалист по общеврачебной практике в рамках его обобщенной трудовой функции и конкретной трудовой функции своего профессионального стандарта.

II вариант

При наличии территории 1 врача-хирурга и 1 врача-анестезиолога:

- первичная хирургическая помощь в виде диагностики и неотложного лечения оказывается в условиях хирургического кабинета поликлиники и дневного стационара (ЦАХ).

III вариант

При наличии территории 2 и более врачей-хирургов и 2 и более врачей-анестезиологов первичная и специализированная хирургическая помощь оказывается в МО 1 уровня по системе «поликлиника-стационар», в т.ч. с использованием дневного стационара (ЦАХ).

IV вариант

Первичная и специализированная хирургическая помощь в виде диагностики и неотложного лечения оказывается в условиях МО 2 уровня:

- амбулаторно в условиях хирургического кабинета поликлиники;

- в дневном стационаре (ЦАХ);

- в форме «хирургический стационар 1 дня»;

- в форме «хирургический стационар краткосрочного пребывания больных» (1-5 дней);

- в хирургическом стационаре мощностью не менее 30 коек ;

- в межтерриториальном хирургическом центре (отделении).

Вариант

Диагностика и показанное хирургическое лечение оказывается в МО 3 уровня:

- в условиях клинично-диагностического центра МО;

- в специализированных хирургических центрах МО (хирургия печени, поджелудочной железы, восстановительно-реконструктивной хирургии, трансплантации органов и тканей и т.п.).

В своей повседневной работе руководители МО всех уровней при оказании хирургической помощи населению обязаны учитывать квалификационные требования профессиональных стандартов (ПС) врачей-специалистов. Каждый ПС включает обобщенную и конкретные трудовые функции. Обобщенная трудовая функция (ОТФ) — это совокупность связанных между собой конкретных трудовых функций.

Описание каждой обобщенной трудовой функции в ПС включает таблицу с графами:

«Требования к образованию и обучению»,
«Требования к опыту практической работы»,
«Особые условия допуска к работе»,
«Иные характеристики».

Квалификация работника в трактовке Трудового Кодекса (ТК) РФ — это: уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника (ст. 195.1 ТК) РФ). Эти сведения и содержатся в указанной таблице, поэтому именно эта часть ПС обязательна для медработников.

Приказы Минздрава России о квалификационных требованиях к врачам-хирургам продолжают действовать наряду с ПС (приказы №707н от 08.10.2015, №83н от 10.02.2016).

Раздел квалификационного справочника, который устанавливает требования к медицинским работникам (врачам-хирургам), также не отменен (приказ Минздравсоцразвития России №541н от 23.07.2010).

На данный момент руководитель МО может выбирать, чем руководствоваться: квалификационным справочником или ПС

(письмо Минтруда России от 04.04.2016 № 14–0/10/В-2253).

В профессиональном стандарте «врач-хирург», размещенном в соответствующем разделе сайта РОХ:

<http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/standarty-v-hirurgicheskoj-praktike/profesionalnyi-standart-vrach-hirurg-okonchatelnyi-variant.html>

приводятся наименования должностей для каждой обобщенной трудовой функции (только: врач-хирург, судовой врач, врач приемного отделения (в специализированной медицинской организации или при наличии в медицинской организации соответствующего специализированного структурного подразделения). Как из этого видно, в ПС «врач-хирург» отсутствует наименование такой должности - как врач-хирург поликлиники (амбулаторно-поликлинический хирург)

Какие трудовые функции включает профстандарт?

Как уже говорилось выше - первичная врачебная (в т.ч. больным с хирургической патологией) медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и **врачами общей практики (семейными врачами)**.

Обобщенная трудовая функция – врача общей практики включает в себя:

- Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Заболевания системы пищеварения;
- Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Заболевания печени и желчевыводящих путей;
- Оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь;
- Выполнять реанимационные мероприятия;
- Осуществлять организацию хирургической службы в системе первичной медико-санитарной помощи населению;
- Знать клинические проявления и течение часто встречающихся хирургических болезней и травм у взрослых, лиц пожилого, старческого возраста;

– Владеть общими принципами вне стационарной диагностики хирургических болезней и травм;

– Знать клиническую картину состояний, требующих хирургического лечения «острый живот», острые желудочно-кишечные кровотечения, болезни сосудов, гнойные заболевания, раневая инфекция, заболевания прямой кишки и анальной зоны, травмы.

– В ПС врача общей практики (семейного врача) прописано, что при выполнении конкретных трудовых функций в МО 1 уровня врач общей практики он обязан :

– Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: снятие швов;

– Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: обработка ожоговой поверхности, инфицированных ран;

– Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: наложение мягких повязок

– Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника.

Другие манипуляции у больных хирургического профиля в его ПС не предусмотрены.

Для каждой обобщенной и конкретной трудовой функции в профстандарте «врач-хирург» указывается минимально необходимый уровень квалификации.

Существуют девять уровней квалификации: первый – низший, девятый – высший. Уровень зависит от требований к компетенциям работника и определяется по трем показателям: **полномочия и ответственность, умения, знания** (приказ Минтруда России от 12.04.2013 № 148н). Например, обучение в ординатуре и успешная сдача экзамена дает квалификацию 8-го уровня, поэтому у всех врачебных специальностей уровень квалификации не ниже 8-го.

Конкретные трудовые функции врача-хирурга, перечисленные в его профессиональном стандарте:

- Выполнять диагностическую лапароскопию;

- Выполнять трахеостомию ;
- Выполнять холецистэктомию при неосложненном остром и хроническом холецистите;
- Выполнять ушивание прободной язвы желудка/двенадцатиперстной кишки;
- Выполнять аппендэктомию;
- Выполнять рассечение спаек кишки при острой кишечной непроходимости;
- Выполнять дренирование плевральной полости;
- Выполнять лапароцентез, торакоцентез;
- Выполнять ушивание полого органа при его повреждении;
- Выполнять грыжесечение при ущемленной и не ущемленной паховой, бедренной, пупочной грыже;
- Выполнять вскрытие абсцесса мягких тканей;
- Выполнять оперативное лечение фурункула, карбункула, панариция;
- Выполнять удаление доброкачественных новообразований кожи и мягких тканей;
- Выполнять ампутацию верхней/нижней конечности;
- Накладывать сосудистый шов.

По данным Госкомстата РФ на начало 2018 г. в нашей стране хирургическая помощь населению оказывается в 493 республиканских, краевых, окружных, областных больницах, в 525 городских клинических больницах, в 1 578 городских больницах и 1 161 районных больницах.

Анализ состояния материально-технической базы учреждений здравоохранения, кадрового состава специалистов хирургического профиля, количественных и качественных показателей работы хирургических стационаров показывает, что основой современной системы оказания стационарной медицинской помощи становятся крупные больничные комплексы, в которых концентрируются специализированные виды помощи и современные медицинские технологии.

Различия в качестве оказания хирургической помощи населению страны объясняются дефицитом кадров, современного медицинского диагностического оборудования, отсутствием отделений реанимации и интенсивной терапии в ряде районных больниц, специалистов, имеющих практический опыт работы на современном диагностическом оборудовании.

Маломощные городские и районные больницы оказываются не в состоянии, на уровне современных требований, обеспечить населению оказание специализированных видов хирургической помощи. В результате этого снижается доступность ее для жителей многих населенных пунктов, растет очередность на плановое оперативное лечение в областные медицинские организации по целому ряду хирургических заболеваний, ухудшается качество лечения, подтверждаемое показателями послеоперационной летальности.

С учетом имеющегося в стране реального дефицита врачей хирургических специальностей, необходимо разработать на федеральном уровне проекты примерных положений для организации новых структурных подразделения медицинских организаций:

- межтерриториальных хирургических центров (МХЦ);
- хирургических стационаров краткосрочного пребывания больных;
- городских специализированных отделений (Центров) для многопрофильного обследования и лечения заболеваний, сопровождающихся высоким уровнем смертности (панкреонекроз, острая кишечная непроходимость, обтурационная желтуха и ряд других).

Эта современная стратегия должна строиться на эффективной модели хирургической помощи населению, в которой должны быть предусмотрены следующие принципы:

- централизация помощи;
- специализация помощи;
- стандартизация помощи;
- эффективный контроль качества оказываемой помощи.

Структура оказания хирургической помощи в России и предложения по ее оптимизации

Общепринятой в стране является трехуровневая система организации хирургической помощи населению, где из общего числа хирургических стационаров имеют статус III уровня республиканские, краевые, окружные, областные МО.

Вторые по значимости структуры МО, занимающихся лечением хирургических больных, являются городские больницы (II уровень) и остальные хирургические отделения находятся в районных больницах (I уровень).

Вместе с тем, следует отметить, что на сегодняшний день отсутствуют, как на федеральном, так и на местном уровне, показания к госпитализации и объем оперативных манипуляций и вмешательств в МО различных уровней.

В связи с этим, Российским обществом хирургов и Президиумом профильной комиссии по хирургии, в рамках создания Национального проекта стратегии развития хирургии в стране, был разработан примерный перечень показаний к госпитализации и объем оперативных манипуляций и вмешательств для различных уровней МО.

I уровень МО: хирургическая помощь оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара (сюда же можно отнести и уже существующие на территории Центры амбулаторной хирургии (ЦАХ).

II уровень МО: стационарная специализированная хирургическая помощь осуществляется во всех крупных районных и городских больницах в т.ч. и межтерриториальных хирургических центрах (МХЦ).

III уровень МО: стационарная специализированная, в т.ч. и высокоспециализированная хирургическая помощь проводится в университетских клиниках, НИИ и Центрах, Республиканских, краевых, окружных, областных учреждениях, имеющих лицензию на высокотехнологическую помощь.

Разрабатываемая модель предполагает, что в территориальных образованиях районов, имеющих до 10-15 тысяч населения, при отсутствии необходимого числа врачей специалистов, аппаратуры и оборудования и т.п. хирургическую помощь населению оказывается в объеме только **I уровня** в условиях хирургического кабинета поликлиники и дневного стационара.

Для этого, при имеющихся возможностях, необходимо сохранить площади и медицинский персонал из имеющихся круглосуточных стационаров и использовать их в режиме дневного стационара

В амбулаторно-поликлинических условиях и на койках дневного стационара необходимо выполнять, предлагаемые РОХ манипуляции и

оперативные вмешательства, не требующих интенсивного лечения (перечень которых, определяется и утверждается территориальным органом управления здравоохранения в соответствии с местными условиями и возможностями).

При наличии медицинских показаний необходимо направлять больных в **МО II и III уровня**, оказывающие специализированную хирургическую помощь по профилю «хирургия» в условиях крупных хирургических многопрофильных стационаров городских и районных больниц, а также на базе создаваемых МХЦ (определяемых приказами органов управления здравоохранения по территориальному принципу).

В каждой территории (т.ч. и для МХЦ) следует определить:

- виды транспортировки;
- показания к госпитализации;
- перечень операций и манипуляций, разрешенных в этих учреждениях, как для «местных» больных, так и больных из других территориальных образований.

В этих ситуациях, одним из основных вопросов является возможность доставки больного в стационары МО II уровня, если расстояние между ними не превышает 30-40 км. (при наличии авиационного транспорта - до 100-200 км).

Отсутствует строгая необходимость применять эти требования к абсолютно всем стационарам, относящимся к I уровню (территории с малой плотностью населения (менее 15000 проживающих) и обладающих слабой кадровой и материальной базой. При отсутствии вышеперечисленных условий принципы оказания хирургической помощи можно оставить и в прежних условиях, усилив при этом лечебно-консультативную работу со стороны республиканских, краевых, окружных и областных больниц по линии «санитарной авиации».

Таким образом, у нас в стране появляется возможность формировать новый оптимальный финансово берегающий 1-2-3 уровневый принцип оказания хирургической помощи населению территорий.

Следует отметить, что подобная схема практически полностью вписывается в систему ОМС с финансированием хирургической службы по принципу КСГ с небольшими изменениями и дополнениями. Для этого необходимо оптимизировать перечень КСГ с учетом 1-2-3 уровневого принципа оказания хирургической

помощи в территориях в рамках имеющихся трехсторонней комиссии территориальных ФОМС.

Предложения по оптимизации:

Хирургическая помощь в МО I уровня:

Хирургические отделения МО I уровня в виде дневного стационара (ЦАХ) рекомендуется использовать для госпитализации больных, которым не требуется интенсивное лечение, а также для долечивания больных после завершения этапа лечения в учреждениях здравоохранения II и III уровней.

Количество коек в МО первого уровня зависит от численности обслуживаемого населения.

Показания для лечения в хирургическом стационаре МО 1 уровня (при условии наличия врача хирурга и анестезиолога-реаниматолога)

Заболевания органов брюшной полости:

острый и хронический не осложненный аппендицит (при отсутствии явлений любых форм перитонита);

острый панкреатит отечная форма;

прободные гастродуоденальные язвы без признаков перитонита (в первые 6 часов от момента прободения);

состоявшиеся гастродуоденальные кровотечения (типа Forrest III)

ущемленные не осложненные грыжи передней брюшной стенки;

постхолецистэктомический синдром (консервативное лечение);

воспалительные заболевания мягких тканей конечностей и туловища, специфическая хирургическая инфекция;

все воспалительные заболевания мягких тканей конечностей и туловища любой локализации без развития синдрома системной воспалительной реакции или сепсиса;

гнойные заболевания пальцев: паронихия, подногтевой, кожный, подкожный панариций;

гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, абсцесс;

лигатурные свищи брюшной стенки;

гнойные заболевания железистых органов: паротит, мастит, гидраденит;

гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов: лимфангит и лимфаденит;

гнойные заболевания синовиальных сумок: гнойный бурсит;

гнойный бартолинит;

эризипеллоид.

Сосудистая хирургия:

окклюзионно-стенотические поражения брюшной аорты и артерий нижних конечностей для

проведения консервативного лечения (после консультации сосудистого хирурга);

синдром и болезнь Рейно конечностей для проведения консервативного лечения (после консультации сосудистого хирурга);

варикозная болезнь нижних конечностей (после консультации сосудистого хирурга);

посттромбофлебитический синдром;

хроническая венозная недостаточность.

Малая проктология:

острый геморрой;

эпителиальный копчиковый ход;

анальный зуд;

острый подкожный, подслизистый и подкожно-подслизистый парапроктит.

Травматология и ортопедия

поверхностные раны головы, туловища, конечностей;

не осложненные травматические вывихи;

деформирующие остеоартрозы, нуждающиеся в не инвазивных методах лечения;

сросшиеся переломы после оперативного лечения для проведения реабилитационных мероприятий.

Термические повреждения:

поверхностные ожоги I—II степени менее 10 % площади тела при отсутствии признаков ожогового шока;

отморожения I—II степени.

Урология

камни почек и мочеточников с почечной коликой;

острые гнойные заболевания верхних мочевых путей;

острые гнойные заболевания мужских половых органов.

Рекомендуемые виды выполняемых оперативных вмешательств в хирургическом стационаре МО 1 уровня

Общая хирургия:

удаление доброкачественных опухолей кожи и подкожной клетчатки;

биопсия кожи, мягких тканей, лимфоузлов;

оперативное лечение вросшего ногтя;

удаление инородных тел из мягких тканей;

пункции мягких тканей, сосудов, суставов, органов (в т.ч. под ультразвуковым контролем);

аппендэктомия;

грыжесечение по поводу не осложненных наружных грыж живота — паховых, бедренных, пупочных, вентральных (M, W1, R0);

ушивание прободной язвы;

секторальная резекция молочных желез;

плевральная пункция и торакоцентез;

проведение эндолимфальной и лимфотропной терапии.

Гнойная хирургия:

вскрытие гнойников различной локализации; некрэктомия (инструментальная, вакуумная, ферментативная);

наложение первично отсроченных, ранних, поздних швов на раны;

регионарная антибиотикотерапия;

синдром диабетической стопы: длительно незаживающие язвы конечностей,

Сосудистая хирургия:

венесекция, катетеризация сосудов;

флебосклерозирующая терапия.

Проктология:

удаление анальных полипов и сосочков.

простое и радикальное вскрытие подкожного, подслизистого и подкожно-подслизистого парапроктита;

удаление (электрокоагуляция) прианальных кондилом небольших размеров (не более 3 см в диаметре);

Примерный перечень неотложных заболеваний, при которых хирургическую помощь оказывают на 2- уровне МО:

Заболевания органов брюшной полости:

все формы острого аппендицита, в т.ч. осложненного различными формами перитонита; прободная язва желудка и 12перстной кишки; острый панкреатит отечная и деструктивная формы; острый не осложненный и осложненный холецистит;

гнойный холангит;

механическая желтуха, в т.ч. и опухолевого генеза;

острая кишечная непроходимость;

заворот жировых подвесков и перфорация дивертикулов ободочной кишки;

мезентериальный тромбоз;

болезнь Крона (перфорация, кровотечения, непроходимость кишки);

неспецифический язвенный колит (перфорация язвы);

перфоративный колоректальный рак;

стеноз привратника желудка;

пенетрирующая язва желудка и 12перстной кишки;

ущемленные грыжи живота (в т.ч. не ущемленные грыжи по своему региону обслуживания);

острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала;

перфорация полого органа;

Заболевания и травмы органов брюшной полости:

открытые и закрытые травмы живота;

перитонит;

остаточные гнойники брюшной полости;

инвагинация кишечника у детей;

инородные тела желудочно-кишечного тракта, в т.ч. и у детей;

инфильтраты и абсцессы брюшной полости;

полная непроходимость пищевода;

спонтанный пневмоторакс буллезно-дистрофической этиологии.

Плановые хирургические заболевания:

хронический аппендицит;

ЖКБ, хронический холецистит;

постхолецистэктомический синдром;

наружные и внутренние желчные свищи;

хронический панкреатит, кисты и свищи поджелудочной железы

заболевания ободочной и прямой кишок (дивертикулярная болезнь, неспецифические колиты, выпадение прямой кишки, сложные прямокишечные свищи и т.д.).

Воспалительные заболевания мягких тканей конечностей и туловища, специфическая хирургическая инфекция:

все воспалительные заболевания мягких тканей конечностей и туловища любой локализации, в т.ч. при развитии синдрома системной воспалительной реакции или сепсиса;

все гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей конечностей и туловища любой локализации (по своему региону обслуживания);

синдром диабетической стопы;

длительно незаживающие язвы конечностей;

гнойно-воспалительные заболевания (флегмона и др.);

неэффективность консервативной терапии, прогрессирование ишемии с образованием участков некроза тканей (по своему региону обслуживания);

забрюшинные флегмоны, в т.ч. флегмоны таза;

сепсис;

острый остеомиелит, в т.ч. и острый гематогенный остеомиелит у детей;

флегмоны мягких тканей, в т.ч. и у детей;

флегмонозные и гангренозные формы рожистого воспаления;

гнойные раны мягких тканей, осложненные лимфангоитом и лимфаденитом;

столбняк и бешенство;

клостридиальная и неклостридиальная анаэробная инфекция;

сегментарные гангрены конечностей;

внутренние и наружные кишечные свищи;

гнойный мастит;

карбункул мягких тканей;

наружные желчные и панкреатические свищи;

фурункул лица;

эмпиема плевры.

Заболевания вен нижних конечностей:

хроническая венозная недостаточность;

варикозное расширение вен нижних конечностей (по своему региону обслуживания).

Заболевания прямой кишки и перианальной области (все по своему региону обслуживания).

острый некротизирующий тромбоз геморроидальных вен;

нагноившаяся киста копчика;

острый парапроктит

По плановым показаниям

грыжи передней брюшной стенки;

хронический калькулезный холецистит;

кисты брыжейки кишки и забрюшинного пространства;

эстетическая и пластическая хирургия;

трещина заднего прохода;

хронический парапроктит;

анальный зуд;

доброкачественные опухоли мягких тканей.

Детская хирургия (при наличии детского хирурга)

грыжи передней брюшной стенки;

доброкачественные новообразования кожи;

водянки яичек.

Сосудистая хирургия

окклюзионно-стенотические поражения брюшной аорты и артерий нижних конечностей (после консультации сосудистого хирурга);

синдром и болезнь Рейно (после консультации сосудистого хирурга);

варикозная болезнь нижних конечностей (после консультации сосудистого хирурга);

постромботическая болезнь.

Таким образом, имеются все основания для того, чтобы разработать и создать **Национальный проект стратегии развития хирургии в России**. Эта стратегия должна строиться на **современной и эффективной модели амбулаторной и стационарной хирургической помощи населению**.

Как написала в своей статье в Медицинской газете № 97 2017 Елена Буш «Руль и ветрило для хирургов»: «...Национальная стратегия развития хирургии призвана повлиять на показатели здоровья, инвалидизации и смертности населения от хирургических заболеваний. Это не будет реформа ради процесса реформирования.»

<http://общество-хируров.рф/stranica-pravlenija/standarty-v-hirurgicheskoj-praktike/reforma-yeto-ne-sokraschenie-koek-i-kadrov-a-mudroe-upravlenie-resursami.html>

Как вы видите, мы все ближе и ближе подходим к реализации проекта «Стратегии развития хирургии в нашей стране». Данный материал вполне может лечь в основу разработки такой стратегии. Этим будет заниматься Рабочая группа РОХ. Но в преддверии этого, хотелось бы обсудить некоторые

частные вопросы хирургии, которые мы должны учесть при разработке глобальных стратегических вопросов. Поясним на некоторых примерах. Нам кажется, что иногда мы простыми влияниями на финансы можем достичь очень много достаточно простым путем. В настоящий момент, вызывает тревогу тот факт, что текущие тарифы ОМС не поддерживают внедрение современных хирургических технологий в практику, даже тех, которые уже включены в Национальные клинические рекомендации. И так приступим к разделу «Частные вопросы современной хирургии».

1. Грыжи. Если посмотреть на вопросы хирургического лечения грыж в нашей стране – мы будем выглядеть как папуасы. Ну где сейчас в цивилизованном мире грыжи оперируют без сеток? Скажите мне пожалуйста! Крайняя степень полиморфизма вообще наблюдается в хирургии паховых грыж. Мы сплошь и рядом видим даже в одном стационаре в руках разных хирургов выполнение совершенно разных методик герниопластики, причем каждая – архаичнее другой! Каких же результатов, какого количества осложнений и повторных операций мы ожидаем? И ведь все это исправно оплачивает ФОМС, Соцстрах, при этом считая – что так нужно... Неужели надо ждать революции в финансах или ухода на пенсию тех, кто не хочет перемен? Тупиковый путь, они еще успеют своих учеников «из рук в руки» архаизмам научить. И это не все еще! У нас в стране до сих пор «пользуются» даже пластикой передней стенки пахового канала, от которой цивилизованный мир ушел минимум полстолетия назад. Вам эта горькая правда не кажется театром абсурда? Никакая перестройка его не затронула. Как докладывал академик В.А.Кубышкин, приехав с обхода хирургического отделения довольно крупной ЦРБ, где он увидел как 3 хирурга делают герниопластику, но каждый своим методом – но все – переднюю стенку. А ведь выход простой! У нас перед глазами опыт хирургов Пермской области, которые давно «пробили» через ФОМС тариф с включением в него сетчатых аллотрансплантатов, и все изменилось как по мановению. Прошло много лет, и ряд регионов ввел в тарифы аллотрансплантаты, тариф естественно выше, чем пластика собственными тканями. Какой результат? Да очень просто – Главные врачи заставили ВСЕХ хирургов переучиться на современные технологии в мгновение ока. Не надо никаких резолюций и огромных просветительских усилий сообщества – денежный поток позволил моментально и безболезненно все решить.

2. Хронический и острый холецистит. Если взглянуть на хирургическую карту страны – то совершенно

очевидно будут огромные различия в частоте выполнения лапароскопических методик, и это несмотря на всю вопиющую очевидность целесообразности, экономической, а главное пациенто-ориентированной разумности этого доступа. Именно доступа, а не методики оперирования. Разброс – от 96% до 30%. Что это? Как к этому относится? Кто-то может объяснить, почему с точки зрения экономической географии в принципиально близких регионах могут быть такие девиации? Или это роли личностей в истории? Если изменить тариф, и платить за традиционную холецистэктомию только половину, например, – мигом все перестроится. Даже если посмотреть на результаты в «промежуточных» регионах – где 96% при хроническом, но при этом 30% - при остром – вывод очень простой! Потенциал есть – но он не задействован до конца. Его совсем легко мобилизовать – смена тарифа и торпидный потенциал тут-же присоединится к прогрессу.

3. Острый аппендицит. В этой ситуации нет столь очевидных преимуществ лапароскопического доступа как при операциях на желчевыводящих путях. Много лет весь мир спорил как лучше поступать. Но на настоящий момент таки преимущества лапароскопического доступа совершенно очевидно доказаны, опыт массового применения на целой территории Москвы существует. Т.е. практически 100%-е внедрение на территории региона возможно, результаты подтверждают бо́льшую эффективность. Какие можно сделать выводы – естественно дифференцировать тариф, сделав для стационара более экономически выгодным именно лапароскопический доступ.

4. Острый панкреатит. Огромное поле для дальнейшего обсуждения. Можно только «затравить» дискуссию. Надо сделать так, чтоб МЭС не оплачивал лапаротомию, но это только начало. На этом поле мы можем, как мне кажется переместить массу средств с неэффективных методик на более востребованные.

5. Острая кишечная непроходимость. Вопросов больше чем ответов. Совершенно понятно одно – глупо лапаротомным доступом рассекать штранг. Не ясны вопросы финансирования применения противоспаечных препаратов. Москва (А.В.Шабунин) сделала ставку на маршрутизацию, посмотрим результаты. Остальное требует широкого обсуждения.

6. Мезентериальный тромбоз. Тема не частая, но уже понятна необходимость эндоваскулярного подхода к лечению, лапароскопического контроля, для более широкого внедрения в практику это необходимо учитывать в тарифах.

7. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. За последние десятилетия произошла целая революция. Мы почти перестали их оперировать, весь удар на себя приняла эндоскопическая служба. Все наши алгоритмы действий прописаны в современных национальных клинических рекомендациях. И какие же шаги мы предприняли (или не предприняли) для широкого внедрения совершенно правильных мероприятий? Если посмотреть по регионам и даже отдельным городам, отдельным рядом расположенным клиникам – увидим совершенно пеструю картину! От блестящих результатов – до полного развала. Видимо дело на самотеке стоит. 1/ Не хватает нам административной воли, в отличие от предыдущих позиций. Необходимо создание круглосуточной эндоскопической службы повсеместно, причем «хирургически» направленной. Это уже вопросы подготовки кадров, в том числе. Многие организационные вопросы рассмотрены в статье В.П.Сажина и соавт., Пути повышения эффективности работы хирургической службы Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.- 2015. - №12. - С. 47-50. Кроме того нельзя не учитывать и вопросов правильной маршрутизации больных в рамках региона, выделения потока пациентов с варикозными кровотечениями в специализированные отделения. Очень важны и финансовые вопросы: нет достаточного количества эндоскопов, аргонных коагуляторов, клипс, петель и колпачков для лигирования варикозных вен пищевода и желудка и т.д.. Часть этих вопросов может быть решена за счет тарифов, стимулирующих развитие эндоскопической службы, а часть – административно. И уж любом случае эти тарифы не должны стимулировать оперативную активность нас, хирургов. Это время прошло. Вообще, вопрос лечения кровотечений, является одним из приоритетов развития хирургической службы, у нас есть реальная возможность спасти огромное количество жизней ежедневно и ежегодно.

8. Сочетанные операции. Отдельный совершенно вопрос. Но он интересен для развития хирургии. Выполнение симультанного этапа незначительно повышает тяжесть состояния больных после вмешательства, 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 общих сроков нетрудоспособности и времени пребывания в стационаре для конкретного пациента. Не проще ли поднять тариф ОМС, скажем на 50% от второй

операции по степени сложности? Это будет стимулировать внедрение этих операций. Хотя бы из одного соображения – ради благополучия пациента. Мы уж про остальное и не говорим.

9. Профилактическая гастро- и колоноскопия. Весь цивилизованный мир уже идет по этому пути. Мы пока сильно отстаем. Лет 12 назад Росздравнадзор предлагал включить в региональные критерии качества оказания медицинской помощи этот показатель, и совершенно обоснованно. К сожалению проект не прошел. И мы так и не продвинулись вперед. А ведь выявление ранних форм рака желудочно-кишечно-кишечного тракта на настоящий момент возможно только таким способом. Нам надо предложить такие тарифы на профилактическое исследование людям старше 40 лет, чтобы заинтересовать поликлиники. Весь вопрос в том – как это конкретно сделать?

Мы приглашаем всех, кого волнует наше дальнейшее развитие, тех кто неравнодушен присоединиться к обсуждению и разработки проекта Стратегии развития хирургической службы страны.

1. Клапанная бронхоблокация в лечении больных острой эмпиемой плевры с бронхоплевральными сообщениями

*Романов М.Д., Давыдкин В.И., Киреева Е.М.,
Пигачев А.В., Сыркин С.А.*

Саранск

1) ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»; 2) ГБУЗ РМ
«РКБ № 4»

Эффективность лечения больных острой эмпиемой плевры (ОЭП), являющейся осложнением абсцессов легких и наступившей в результате пиопневмоторакса (ППТ), во многом зависит от характера и распространенности гнойно-деструктивного процесса в легком и плевре, важное значение имеют также размеры и стойкость бронхоплевральных сообщений (БПС) и используемые технологии локальной санации. Цель работы: оптимизация методов локальной санации у больных ОЭП с БПС с использованием клапанной бронхоблокации (КББ). Материалы и методы. КББ в комплексе локальной санации ОЭП с БПС использована у 12 пациентов (I группа), в т. ч. у 4 больных для ликвидации напряженного ППТ. II

группу составили 12 пациентов ОЭП с БПС и замедленным расправлением легкого при активной аспирации содержимого эмпиемной полости. У пациентов обеих групп применяли лечение, включающее в т. ч. лечебную фибробронхоскопию (ФБС) и трансторакальную санацию эмпиемных полостей 0,01% раствором хлоргексидина. Для КББ использовали обратный эндобронхиальный клапан, вводимый с помощью ФБС (Левин А.В. и соавт., 2008). Показаниями для КББ явились нарастание признаков напряженного ППТ при дренировании плевральной полости с активной аспирацией и замедленное расправление легкого в сочетании со сбросом воздуха по клапанному дренажу при кашле. При напряженном ППТ и недостаточной эффективности дренирования плевральной полости клапан устанавливали на $2,2 \pm 0,4$ сут от момента прорыва абсцесса, в случае замедленного расправления легкого – на $6,7 \pm 1,5$ сут. Продолжительность бронхоблокации составляла $9,1 \pm 2,4$ сут. Результаты и их обсуждение. Включение КББ в комплекс локальной санации при ППТ позволило полностью расправить легкое и ликвидировать эмпиемную полость у 3 пациентов на $6,2 \pm 0,5$ сут; у 1 больного сформировалась сухая остаточная полость небольших размеров. Сроки расправления легкого у пациентов I группы составили $8,2 \pm 0,4$ сут; во II группе соответственно у 9 пациентов – $16,1 \pm 2,9$ сут ($p < 0,05$), 3 пациента были оперированы (декортикация легкого с плеврэктомией и лобэктомией). Результаты КББ оказались более предпочтительными у больных с напряженным ППТ, по сравнению с таковыми при замедленном расправлении легкого, что видимо связано с более ранними сроками КББ. Длительная экспозиция инфильтрированной легочной ткани и воспаленной плевры способствовали ограничению рестриктивных свойств легочной ткани, что сопровождалось необходимостью более длительных сроков КББ. У пациентов I группы гнойный эндобронхит сохранялся в течение $3,1 \pm 0,2$ сут, во II группе – $5,7 \pm 0,3$ сут ($p < 0,05$), воспаление I степени в бронхах поддерживалось в обеих группах до $11,8 \pm 3,2$ сут ($p > 0,05$). В плевральном экссудате у 9 из 12 пациентов I группы на 5 сутки патогенные микроорганизмы не были обнаружены и у 3 больных была выделена монокультура; во II группе – у 8 больных высеяны патогенные бактерии, в том числе у 3 из них – микробные ассоциации и только у 4 пациентов экссудат оказался стерильным. Сроки персистенции микрофлоры в плевральной жидкости у больных I группы оказались на $6,5 \pm 0,7$ суток ($p < 0,05$) короче по сравнению со II группой, что, возможно, связано с прекращением их поступления из очага гнойной деструкции в легком,

а также со значительным уменьшением объема субстрата для развития микроорганизмов в эмпиемной полости. Закрытие полостей деструкции и уменьшение зоны перифокальной инфильтрации у пациентов I группы наблюдалось на $5,7 \pm 1,4$ сут ($p < 0,05$) раньше по сравнению со II группой. У 1 больного I группы наблюдали обтурационный ателектаз нижней доли пораженного легкого без прогрессирования деструкции, он был разрешен после переустановки клапана. У 1 пациента после приступа кашля произошла миграция клапана на 2 сутки после его установки, произведена его замена на клапан большего диаметра. Других осложнений после КББ мы не наблюдали. Вывод. Таким образом, КББ является эффективным дополнением в комплексное лечение напряженного ППТ и замедленного расправления легкого при наличии БПС.

2. Дифференцированный подход к лечению больных с послеоперационной вентральной грыжей при симультанной патологии

Гербали О.Ю., Косенко А.В., Костырной А.В.

Симферополь

ФГАОУ ВО "Крымский Федеральный Университет имени В.И. Вернадского" Медицинская Академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность. Проблема хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости давно привлекает внимание специалистов разных областей. Частота сочетанных хирургических заболеваний колеблется от 28,0 до 63,0 %. При ПВГ ограниченный или распространенный спаечный процесс имеет место у 50, 4-90, 0 % больных, причем, успех операции при ПВГ, когда необходимо одновременно решать вопросы тактики, связанные со спаечной болезнью брюшины (СББ), во многом зависит от правильного выбора способа грыжесечения и его технического исполнения. Летальность после оперативных вмешательств при осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 2,7-17,0 %, варьирует от 7,1 до 14,4 % после гастрэктомии при раке желудка, возрастает до 10,6 - 46,6 % при хирургическом лечении

повреждений двенадцатиперстной кишки. Достаточно высокая летальность при операциях на желудке во многом обусловлена развитием внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Своевременная диагностика и рациональная лечебная тактика при осложнениях, возникающих после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке, остается труднейшей задачей для хирурга. Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения у больных с симультанной патологией при послеоперационных вентральных грыжах. **Материалы и методы.** Работа выполнена у 36 больных с обширными послеоперационными вентральными грыжами и спаечной болезнью брюшины в возрасте от 35 до 72 лет, поступивших в ГБУЗ РК «РКБ имени Н. А. Семашко» в 2017 году. Мужчин было 9 (25,0 %), женщин – 27 (75,0 %). У всех больных в анамнезе была язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. С профилактической целью для компенсации состояния больного перед оперативным вмешательством назначали рабелок по 20 мг один раз в сутки за 3 дня до оперативного вмешательства и в течение 7 дней после оперативного вмешательства. Дооперационная диагностика спаечной болезни проводилась путем УЗИ и целенаправленного рентгенологического исследования, основанного на применении вместе с пассажем бариевой взвеси контрольной растворимой капсулы. Размер капсулы выбран так, чтобы он не превышал половины просвета изначально функционирующей тонкой кишки, что составляет 11-12 мм. Время ее пребывания в кишечнике 6-7 часов, после чего капсула растворяется. Рентгенологический контроль пассажа проводится через 2-4 часа и по задержке или по отставанию капсулы от бариевой массы, делается заключение стеноза тонкой кишки. Это позволяет планировать объем оперативного вмешательства, целенаправленно проводить ревизию брюшной полости и определить необходимость энтеролизиса. У 4 больных произведена лапароскопия и пневмогерниография. У 32 больных выполнены открытые операции, включающие герниопластику грыжевого дефекта методами onlay, sublay с тотальным энтеролизисом. У 4 больных – закрытые видеоассистированные операции. **Результаты и обсуждение.** Достаточно сказать, что в наших клинических наблюдениях из 36 больных с обширными послеоперационными грыжами, сочетающимися с распространенным спаечным процессом брюшной полости у 6 (16,7 %) больных возникла ранняя послеоперационная кишечная непроходимость и как следствие этого

были произведены релапаротомии. У одного из этих больных произведено три релапаротомии по поводу рецидивирующих приступов ранней спаечной кишечной непроходимости. У остальных 30 (83,3 %) больных ранний послеоперационный период протекал тяжело, на фоне 5-6 дневной паралитической кишечной непроходимости, консервативное лечение которой требует терпения и опыта. Осложнений при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки не выявлено ни у одного больного. Выводы. В плановой хирургии комплексное предоперационное обследование позволяет выявить сочетанные заболевания и заранее определить объем вмешательства, провести соответствующую предоперационную подготовку. Ненатяжная пластика с использованием полимерных эндопротезов может считаться оправданной при коррекции обширных послеоперационных грыж и спаечной болезни. Однако клиническое внедрение закрытых видеоассистированных методов операции является ярким отражением тенденций современной хирургии в лечении данной категории больных. Эти щадящие методы операций при вентральных грыжах служат альтернативой традиционным способам герниопластики.

3. Инструментальное исследование в прецизионной диагностике острого аппендицита

Бутырский А.Г. (1), Хакимов М.Д. (2), Хилько С.С. (1)

Симферополь

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

Большой вклад в снижение заболеваемости вносит совершенствование методов диагностики. Диагностические ошибки приводят как к необоснованной операции, так и к запоздалому оказанию хирургической помощи, частота их составляет 2,3-34,5%. Не ослабевает интерес к дооперационной диагностике форм острого аппендицита (ОА). Цель исследования: оценить доступные методы с точки зрения эффективности и оптимальности. Материалы и методы: ретроспективно проанализировано 206 историй

больных с ОА, находившихся на лечении в ГБУЗ РК ГКБ СМП №6 г. Симферополя, являющемся базой кафедры, за 2011-2015 годы. Диагностические процедуры включали клинический осмотр (в т.ч. выявление у больных симптомов Кохера, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского, Дъелафуа, Образцова), УЗИ органов брюшной полости, лапароскопия. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с вычислением средних величин (М), оценкой вероятности расхождений (m), оценкой достоверности изменений с использованием t-критерия Стьюдента. За достоверную принималась разность средних значений при $p < 0,05$. Результаты. При проведении диагностических мероприятий были получены следующие результаты: клинический осмотр был проведен в 100% случаев, при этом аппендикулярные симптомы достоверно определялись у 56 больных (27,2%, 40 – деструктивные формы (71,4%), 14 – простой аппендицит (25%), 2 – разрыв яичника (3,6%)), сомнительно определялись – у 147 больных (71,3%, причем 79 – деструктивные формы (53,7%), 55 – простой аппендицит (37,4%), 13 – хронический аппендицит (8,9%); 14 больным были изначально поставлены следующие диагнозы: острая кишечная непроходимость (ОКН) – 1, язвенная болезнь/острый гастрит – 2, прободная язва – 2, острый холецистопанкреатит – 1, цистит – 2, почечная колика – 3, колит, в т.ч. спастический – 3), не определялись – у 3 больных (1,5%, причем во всех случаях имели место деструктивные формы: 1 – флегмона, 1 – гангрена, 1 – гангрена с перфорацией и перитонитом; последний пациент был взят на стол с подозрением на ОКН). Учитывая, что глобальной тенденцией сегодняшнего дня является консервативная терапия простого аппендицита, можно сказать, что 69 пациентам (33,5%) аппендэктомия была выполнена напрасно. Кроме того, 12 больным из тех, кому были поставлены диагнозы (5,8%), не требующие неотложного оперативного вмешательства, были подвергнуты неоправданному риску прогрессирования заболевания и развития осложнений. Т.о., диагностика ОА, основанная на клинических симптомах, далека от совершенства. Симптом Щеткина-Блюмберга был описан у 3 больных (1,5%), и у всех при лапаротомии был подтвержден разлитой аппендикулярный перитонит. УЗИ органов брюшной полости было выполнено у 46 пациентов (22,3%) с подозрением на острую абдоминальную патологию, причем ни в одном случае не описан червеобразный отросток. В 1 случае был описан острый холецистопанкреатит. Т.о., УЗИ при острых болях в животе не выполняет

возложенных на него задач и является мало информативной из-за некавалифицированного выполнения исследования. Лапароскопия, которая во время проведения исследования была – хоть и инвазивным, но – самым достоверным методом верификации сомнительного диагноза, выполнена у 42 больных (20,4%). Как показывают результаты, во всех случаях «какой-то аппендицит» имел место, но в 10 случаях при операции был поставлен диагноз, не требующий неотложной операции (острый простой или хронический аппендицит). Выводы. 1. Аппендикулярная симптоматика не может считаться бесспорной, она требует лабораторно-инструментальной верификации. 2. Неполное использование методов предоперационной лучевой диагностики при подозрении на ОА в трети случаев приводит к выполнению напрасной аппендэктомии. Это свидетельствует о необходимости широкого использования УЗИ для верификации диагноза. 3. При неэффективности/отсутствии иных методов и сомнительном диагнозе больной подлежит видеолапароскопии, а при ее отсутствии – наблюдению.

4. Оценка эффективности и ближайших результатов эндовенозной лазерной коагуляции в комплексном лечении тяжелых форм варикозной болезни

Савинов И.С. (1), Ильченк о Ф.Н. (1),
Бутырский А.Г. (1), Савинов С.Г. (2), Калачев Е.В. (2)

Симферополь

1) Медицинская академия имени
С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени
В.И. Вернадского, 2) ООО «Центр флебологии
доктора Савинова»

В качестве одного из основных методов, направленных на облитерацию магистральных подкожных вен, сегодня рассматривается эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК). Цель: изучить эффективность применения и ближайшие результаты ЭВЛК в лечении осложненных форм варикозной болезни (ВБ). Для достижения цели поставлен ряд задач: оценить эффективность облитерации после ЭВЛК вен большого диаметра

(более 10 мм), количество осложнений, побочных эффектов, рецидивов (реканализаций), выявить закономерности заживления трофических язв (ТЯ) через 2 месяца после коррекции флебогемодинамики. Материалы и методы: было проведено проспективное сравнительное исследование, в которое был включен 161 больной с ВБ клинических классов С4-С6 по СЕАР, разделенных на 3 группы в зависимости от объема выполненного оперативного пособия: I (кроссэктомия+ЭВЛК+ минифлебэктомия (МФЭ)+резекция несостоятельных перфорантов (РНП)) – 30 человек, II (ЭВЛК с автоматической экстракцией световода+МФЭ+РНП) – 66 человек, III (ЭВЛК с ручной экстракцией световода+МФЭ+РНП) – 65 человек. Для выполнения ЭВЛК применялся 2-кольцевой световод Biolitec ELVeS Radial 2 Ring Fiber™. Линейная плотность энергии составляла 80-140 Дж/см в зависимости от диаметра вены, при этом для области соустья была не менее 100 Дж/см, для ствола на бедре не менее 80 Дж/см. Скорость автоматической тракции лазерного световода 0,7-1 мм/сек. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием методов вариационной статистики с вычислением средних величин, достоверными считали показатели при $p < 0,05$. Результаты. При повторном осмотре через 2 месяца обобщенные результаты по данным ультразвукового дуплексного флебосканирования сводятся во всех группах к достоверному уменьшению диаметра БПВ в области СФС и на бедре и диаметра СФС ($p < 0,05$), что говорит о достижении полной облитерации вены и отсутствии патологического венозного рефлюкса после всех типов оперативных вмешательств. После ЭВЛК в группах II и III в разных классах не отмечается достоверной разницы в диаметре БПВ, что говорит об отсутствии влияния техники тракции световода на изменение диаметра облитерированной вены в послеоперационном периоде. На контрольном осмотре через 2 месяца ТЯ у обследованных больных класса С6 из I группы (100%) закрылись в срок $27,3 \pm 5,4$ дня, из II группы (75%) – в срок $31,5 \pm 6,8$ дней, из группы III (78%) – в срок $24,6 \pm 5,8$ дней. Отсутствие достоверной разницы между группами говорит о том, что на сроки заживления ТЯ выбор метода оперативного пособия влияния не оказывает. У остальных пациентов ТЯ полностью не закрылись ввиду обширности язвенной поверхности, однако на момент осмотра находились в состоянии частичной эпителизации с положительной динамикой. Это говорит о сравнимых результатах коррекции флебогемодинамики во всех группах. При анализе реканализаций отмечено, что в группах II и III в

первые 2 месяца было по одному случаю реканализации в приустьевом отделе, ствол в обоих случаях был полностью облитерирован, дистальнее патологический рефлюкс не регистрировался (гемодинамически не значимые рецидивы). В обоих случаях было выполнено повторное миниинвазивное вмешательство в зоне реканализации (во II группе ЭСО, в III группе ЭВЛК). На контрольных УЗИ через 1, 7, 30 и 60 дней была достигнута облитерация в обоих случаях, данных за реканализацию и/или клинический рецидив после повторного вмешательства не выявлено. Наши данные опровергают точку зрения о том, что ЭВЛК не эффективна для лечения варикозных вен большого диаметра. Выводы. 1. В ближайшие 2 месяца после операции достоверной разницы между группами больных по числу реканализаций и побочных эффектов не выявлено. 2. При ВБ клинических классов С4-С6 и размере СФС до 20 мм включительно целесообразно проводить ЭВЛК без кроссэктомии. При размере СФС свыше 20 мм следует комбинировать ЭВЛК с кроссэктомией. 3. ЭВЛК положительно сказывается на течении ТЯ, приводя к их заживлению в 75% случаев в ближайшие 2 месяца после миниинвазивной коррекции флебогемодинамики.

5.Профилактика спайкообразования брюшной полости при распространенном перитоните

Салахов Е.К.(1)Салахов К.К.(2)

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ, (2) ЛДК "Медгард"

Актуальность. В последнее время все более актуальным является поиск эффективных мероприятий по адекватной интра- и послеоперационной санации брюшной полости – основного компонента эндоинтоксикации. Предотвращение послеоперационных спаек является единственным способом борьбы с заболеваемостью данной патологией. Цель. Оценить эффективность комплексного лечения распространенного перитонита, включающее миниинвазивные вмешательства и физиотерапевтические способы, в профилактике спаечной болезни брюшной полости. Материалы и

методы. Проведён анализ лечения 120 пациентов с распространённым перитонитом. В зависимости от применяемого лечения пациенты разделены на 2 группы. Основную группу составили 50 пациентов, у которых применялась лапароскопическая санация брюшной полости ирригационно-аспирационным аппаратом Брюсан, затем проводилось низкочастотная ультразвуковая обработкой препаратом «Мезогель». Возраст пациентов основной группы составил $41,8 \pm 2,5$ года (от 22 до 68 лет). В гендерном составе преобладали мужчины – 28 чел (56 %). Мангеймский перитонеальный индекс был равен $-27,3 \pm 1,2$ балла. В контрольную (сравнения) группу (n=70) вошли пациенты, у которых использовались открытый способ лечения распространенного перитонита – программированная релапаротомия. Средний возраст пациентов достоверно не отличался от основной группы и составил $43,6 \pm 2,4$ года (от 19 до 70 лет). Мужчин так же как и в основной группе было больше, чем женщин – 42 человека (60 %). Величина Мангеймского перитонеального индекса соответствовала таковой исследуемой группы и составила $26,3 \pm 1,3$ балла. Результаты: Нами отмечено, что применение предложенного комбинированного способа лечения пациентов с распространенным перитонитом позволило в более ранние сроки, по сравнению с группой сравнения, нормализовать показатели сердечной деятельности, в частности пульса, органов дыхания – частоты дыхательных движений и температуры. Такая динамика показателей вероятно свидетельствует об адекватности терапии и соответственно меньшей тяжести больных основной группы после проведенного лечения. Оценка динамики основных показателей общего анализа крови показала, что количество лейкоцитов в основной группе быстрее достигло нормальных значений. При изначально повышенных цифрах $14,36 \pm 4,01$ и $13,85 \pm 4,22 \times 10^9/л$ в основной и контрольной группах, снижение данного показателя за 7 дней лечения составило 57,9 и 35,2 % соответственно. Показатель СОЭ у пациентов обеих групп на фоне перитонита изначально был высоким, составляя $19,4 \pm 3,8$ мм/ч и $20,6 \pm 4,2$ мм/ч в основной и контрольной группах соответственно. Нормализация СОЭ была более выраженной у представителей основной группы, у которых к 7-м суткам показатель прогрессивно снизился на 11,3 % по отношению к исходным данным. В контрольной группе динамика показателей так же была положительной, однако к 7-м суткам снижение показателя достигло лишь 7,5 % по отношению к первоначальным данным. Разработанный способ программных санаций, сочетающий в себе два вида

лапароскопической санации: механического воздействия промываемым раствором (Брюсан) и действия физических факторов (обработка ультразвуком), способствует преодолению такого недостатка миниинвазивных способов санации как устранение массивной бактериальной контаминации. Нами отмечено, что предложенный метод санации оказывает выраженные бактерицидный и бактериостатический эффект. Количество койко-дней было достоверно меньше в основной группе – $15,6 \pm 1,6$ дня против $19,8 \pm 1,8$ дня в контрольной. Полученные результаты ещё раз подтверждают, что оптимальный выбор хирургом метода пролонгированной санации – залог успешного лечения распространённого перитонита. Вывод: Применением комплексного подхода в терапии острого распространённого перитонита достигается значительное уменьшение спаечного процесса брюшной полости. Эффективность предложенного способа основывается на решении триединой задачи в профилактике образования спаек. Во-первых, профилактика адгезиогенеза базируется на меньшей травматизации тканей брюшной стенки и брюшной полости, что достигается применением программированных миниинвазивных вмешательств. Во-вторых, разработанный комплексный подход с включением физиотерапевтических способов позволяет сравнительно быстро купировать один из важнейших факторов адгезиогенеза – воспалительный процесс брюшной полости, о чем свидетельствует положительная динамика показателей эндогенной интоксикации, лейкоцитарной реакции и пейзажа микроорганизмов брюшной полости. В-третьих, применение геля в комплексном лечении приводит к быстрому восстановлению структурно-функциональное состояние брюшины.

6. Осложнения грыжи Амианда в экстренной хирургической практике

Мяконький Р.В.

Волгоград

ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3»

Актуальность. Среди часто встречающихся хирургических заболеваний в абдоминальной хирургии, безусловными лидерами являются острый аппендицит и паховая грыжа. Наряду с рутинными присутствуют и редкие формы заболеваний, сочетание грыжи и острого аппендицита представляют собой относительно редкую патологию, называемую грыжей Амианда. В силу ряда причин данное заболевание трудно диагностировать, как правило, правильный диагноз ставится исключительно во время операции. Чаще всего грыжа Амианда бывает правосторонней и наблюдается у мужчин. Частота встречаемости этой грыжи составляет 0,07 - 4% (М.Т. Logan, J.M. Nottingham, 2001; Л.Г. Абушайбех и соавт., 2003; И.В. Черномаз, 2011; Р.В. Мяконький и соавт., 2018). Именно готовность встретиться с редкой абдоминальной патологией позволяет выбрать наиболее оптимальную тактику лечения и избежать развития осложнений, а значит добиться безопасного оперирования с хорошим исходом. В доступной отечественной медицинской литературе (база данных РИНЦ) нам удалось найти всего 4 работы, посвященных грыже Амианда, что свидетельствует об относительной редкости данной патологии в российской хирургической практике или же недостаточности знаний хирургов о данном заболевании. В англоязычной базе PubMed обнаружено существенно большее количество упоминаний – 77, что указывает на высокий интерес к этой нозологии у иностранных коллег. Материал и методы. Из личной клинической практики автора представлен случай правосторонней грыжи Амианда, осложнившейся инфицированным гемоперитонеумом и формированием забрюшинной гематомы. Полученные результаты. Пациент Г., 1954 г.р., оперирован в одной из ЦРБ Волгоградской области по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи. Из протокола операции: [...Под местной анестезией 0,25% раствором Новокаина, параллельно правой паховой складке послойно вскрыта передняя брюшная стенка. Гемостаз выполнялся прошиванием и лигированием сосудов, электрокоагуляцией.

Вскрыт паховый канал. Выделен грыжевой мешок. При вскрытии грыжевого мешка обнаружено: грыжа имеет скользящий характер, со стороны нижней внутренней стенки прилегает стенка мочевого пузыря, а со стороны наружной верхней стенки грыжевого мешка, у шейки – слепая кишка с вторично измененным червеобразным отростком (выраженные кровоизлияния на серозе), который был травмирован во время ущемления грыжи. Во время выполнения аппендэктомии ретроградным способом мобилизован червеобразный отросток от верхушки к основанию. Основание аппендикса и его проксимальная треть, находится забрюшинно, также как и часть купола слепой кишки вместе с основанием отростка. Рассечена париетальная брюшина правого бокового канала, отросток пережат у основания, легирован, отсечен, погружен кисетным и z-образным швом. Во время гемостаза – технические трудности из-за глубоко расположенной культи брыжейки червеобразного отростка, которая порциями отсечена, удалена вместе с отростком, порциями прошита в глубине раны. Гемостаз надежный. После выполнения аппендэктомии – ревизия малого таза: следы серозного выпота, который осушен, удален. Кисетным швом шейка грыжевого мешка прошита, легирована, грыжевой мешок отсечен. Выполнена пластика по Andrews. Аппендэктомия и грыжесечение были выполнены из одного доступа, продолжительность операции составила 2 часа. Препарат: грыжевой мешок 55x40 мм, катарально измененный аппендикс. Диагноз после операции: Правосторонняя косая паховая грыжа со вторично измененным катаральным аппендицитом, местным реактивным серозным перитонитом.]. В раннем послеоперационном периоде для контроля и исключения внутрибрюшного кровотечения, учитывая кровотечение из культи брыжейки во время операции, выполнено УЗИ брюшной полости, как находка выявлено солидное опухолевидное образование в правой подвздошной ямке, в забрюшинном пространстве размером 84x120x107 мм, общим объемом 540 см³, неоднородной структуры за счет гипер- и гипозоногенных включений, кровотоков в нем не выявлен. Полученные УЗ-данные интерпретированы как солидное образование забрюшинного пространства справа – опухоль, не выявленная до операции. Температура тела в послеоперационном периоде у пациента не повышалась. Профилактически пациент получал Цефтриаксон 1000 мг х 2 р/с, в/м. За время наблюдения гемодинамика не страдала. После консультации со специалистами областного онкодиспансера, пациент был направлен на МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства с

контрастированием. Выписан из ЦРБ на 6-е сутки после операции, швы с послеоперационной раны не снимались. Из протокола МРТ: [...в правой подвздошной области определяется объемное инкапсулированное образование неоднородной структуры за счет продуктов крови на разных этапах распада, размерами 70x141x111 мм. Образование прилежит к общим подвздошным артерии и вене, наружной подвздошной артерии, большой поясничной мышце. Расстояние от гематомы до нижнего полюса правой почки 20 мм. Ткани вокруг пропитаны кровью. В малом тазу, между листками брюшины, над мочевым пузырем, под ректосигмоидным отделом кишки, отмечается отграниченное скопление гомогенной жидкости на участке размерами 72x36x51 мм, нельзя исключить кровь. При динамическом контрастном усилении патологического накопления контрастного вещества образованием не выявлено, вокруг отмечается реактивное накопление прилежащих тканей. Заключение: Осумкованная гематома забрюшинного пространства справа, скопление крови в малом тазу.]. Через 8 часов после проведения МРТ (через 7 суток после операции), каретой СМП пациент был доставлен в Волгоградскую областную клиническую больницу № 3, госпитализирован в хирургическое отделение. На момент госпитализации пациент предъявлял жалобы на боль в послеоперационной ране, вздутие живота, тошноту, сухость во рту, повышение температуры тела до 39,2 С⁰, общую слабость. Общее состояние больного расценено как средней степени тяжести. Кожа бледная, нормальной влажности. Язык обложен беловато-серым налетом, подсыхает. Температура тела 38,7 С⁰. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/70 мм.рт.ст.. Пульс 110 уд/мин, ритмичный. При пальпации живот напряжен и болезненный в правой подвздошной области и в проекции послеоперационной раны. В правой подвздошной и боковой области с переходом на поясничную область отмечается имбибиция тканей кровью, кожа в этих местах фиолетово-багрового цвета. Пальпация печени и селезенки из-за напряжения передней брюшной стенки и вздутия живота затруднена. При ректальном осмотре: область ануса не изменена, тонус анального сфинктера сохранен, на длину пальца патологии не выявлено, ампула прямой кишки пустая, на перчатке следы кала коричневого цвета. На основании жалоб пациента, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Грыжа Амианда. Состояние после оперативного лечения (аппендэктомия, грыжесечение с пластикой по Andrews).

Послеоперационная гематома забрюшинного пространства справа с нагноением? Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость? По жизненным показаниям пациент в экстренном порядке прооперирован. Из протокола операции: [... Под эндотрахеальным наркозом сняты швы с раны, гематомы не выявлено. Рана из верхнего угла продолжена вверх. При этом рассечены: кожа, подкожная клетчатка и поверхностная фасция, наружная косая, внутренняя и поперечная мышцы живота. По ходу рассечения указанных тканей произведен гемостаз. Тупым путем расслоена предбрюшинная и забрюшинная клетчатка, вскрыта брюшина - лапаротомия. В забрюшинном пространстве до 700 мл лизированной темной крови со сгустками со зловонным «кишечным» запахом. Кровь взята на бакпосев и чувствительность к антибиотикам (в пришедшем анализе *E. Coli* – 105, чувствительная к ципрофлоксацину, амоксицилину, цефтриаксону, цефтазидиму, фосфомицину, гентамицину). Отмечается поступление лизированной крови со сгустками из-под слепой кишки в дефект париетальной брюшины, на котором видны лигатуры от предыдущей операции. На куполе слепой кишки между лигатурами от предыдущей операции (прорезывание лигатур?) определяется культя аппендикса длиной 7 мм, свободно лежащая в гематоме брюшной полости (источник контаминации). Слепая кишка и часть восходящего отдела поперечно-ободочной кишки мобилизованы на расстоянии 50 мм. Обнажена забрюшинная гематома – сгустки, «стенки» гематомы, лизированная кровь – удалены. При разделении гематомы и удалении организованных сгустков, в месте наложения швов на купол слепой кишки при предыдущей операции из толщи брыжейки илеоцекального угла отмечается поступление венозной крови. Выявлен источник рецидива кровотечения – слепоконечные ветви подвздошно-ободочной вены. Кровотокающая вена прошита. Контроль на гемостаз – сухо. Полость гематомы санирована 0,05% водным раствором хлоргексидина. Культя аппендикса у основания отжата зажимом, перевязана, отсечена, обработана тампоном с 70% раствором этилового спиртом, погружена в купол слепой кишки кистетным и z-образным швами, обработана тампоном с 70% раствором этилового спирта. В отлогах местях брюшной полости осушена кровь. Ревизия тонкой кишки – патологии не выявлено. Полость забрюшинной гематомы через контрапертуру в правом мезогастринге дренирована резиномарлевым дренажом и полихлорвиниловым трубчатым дренажом. Через контрапертуру в

правой подвздошной области полихлорвиниловой трубкой дренирован малый таз (Дугласово пространство). Рана ушита узловыми швами через все слои. Герниопластика не выполнялась в связи с высоким риском нагноения послеоперационной раны. Часть раны в проекции правого пахового канала ушита узловыми швами. Произведено сшивание над семенным канатиком медиального лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота с захватом края внутренней и поперечной мышц живота с латеральным лоскутом наружной косой мышцы живота. После ушивания апоневроза вновь сформированное наружное паховое кольцо 8 мм. Узловые швы на кожу. Асептическая повязка]. В послеоперационном периоде проводилась эмпирическая антибиотикотерапия: Цефтриаксон 1000 мг х 2 р/с, в/в, Метронидазол 500 мг х 3 р/с, в/в кап., Амикацин 1000 мг х 2 р/с, в/в; инфузионная, дезинтоксикационная и посимптомная терапия. Послеоперационный период, учитывая характер заболевания, протекал относительно гладко, средне тяжело. Улавливающий дренаж из Дугласова пространства был удален на 3-е сутки. Резино-марлевый дренаж был удален на 6-е сутки после операции, полихлорвиниловый дренаж удален из полости забрюшинной гематомы на 10-е сутки. В проекции раневого канала от дренажей, находившихся в полости забрюшинной гематомы, наблюдалась воспалительная инфильтрация тканей. После удаления дренажей эта рана велась с использованием турунд с мазью на водорастворимой основе (препарат «Левосин»). Швы сняты на 12-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан на 20-е сутки. Обсуждение. Причиной возникших осложнений послужил ряд факторов. При часто встречающихся грыжах (паховых, пупочных, белой линии живота, бедренных, послеоперационных, диафрагмальных) большинство хирургов не испытывают трудностей. Кадровый дефицит и не укомплектованность медицинских учреждений персоналом и аппаратурой (отсутствие анестезиолога, лапароскопической стойки и т.п.), потребовало выполнения оперативного лечения под местной анестезией, без миорелаксации. С одной стороны это привело к развитию интраоперационных технических трудностей, с другой – не позволило изменить ход операции для адекватной ревизии операционной раны и предотвратить развитие внутрибрюшного кровотечения. В качестве технической причины можно отметить не правильный выбор тактики. Во-первых, аппендэктомия из герниотомической раны в правой паховой области при немобильной слепой

кишке и фиксированном аппендиксе технически трудно. Оперативный доступ должен был быть расширен. Однако, хирург, видимо, желая уменьшить травматичность операции или же из-за того, что операция выполнялась под местной анестезией, принял решения выполнить два оперативных приема из одного доступа. При возникновении интраоперационных технических трудностей в виде кровотечения из брыжейки аппендикса, хирург осуществлял гемостаз «вслепую». Что привело к неадекватному гемостазу и инфицированию гематомы толстокишечной флорой через не достаточно обработанную культю аппендикса. Во-вторых, рана была ушита наглухо, брюшная полость не дренировалась. В-третьих, при УЗИ брюшной полости в послеоперационном периоде было выявлено объемное образование в забрюшинном пространстве справа, но при этом не произведена релапаротомия с ревизией брюшной полости и забрюшинного пространства. Выводы. Таким образом, приведенный клинический случай демонстрирует недостаточную осведомленность хирургов в отношении редких форм хирургической патологии, в частности, грыж живота, что создает объективные трудности при формировании правильного диагноза, а также выбора адекватной оперативной тактики. При развитии послеоперационных осложнений у ряда хирургов возникает непреодолимый страх перед релапаротомией. Это ложится в основу консервативно-наблюдательного лечения, способного привести к негативным для пациента, в том числе летальным, исходам. Все это значительно увеличивает экономические затраты лечебного учреждения и сроки временной нетрудоспособности пациента, вероятность его инвалидизации. Необходимо помнить, что при обнаружении у взрослого пациента в грыжевом мешке червеобразного отростка, даже при отсутствии видимых изменений в нем, требуется выполнение «попутной» аппендэктомии. Данное обстоятельство продиктовано высоким риском развития острого аппендицита в послеоперационном периоде. Рекомендации. При подготовке национальных клинических рекомендаций и тематическом формировании мероприятий в рамках непрерывного медицинского образования необходимо уделить достаточное внимание освещению вопросов редкой абдоминальной хирургической патологии, в частности редким формам грыж живота. Соответствующие изменения должны быть внесены в лекционный материал и план практических занятий хирургических кафедр медицинских вузов для студентов старших курсов специальности

«Лечебное дело» и «Педиатрия». При проведении курсов повышения квалификации и аккредитации специалистов по профилю «Хирургия» также должны быть учтены вопросы редких грыж живота.

7. Особенности хирургического лечения грыж после операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны

Внуков П.В. (1,2), Шептунов Ю.М. (1)

Липецк

1) Кафедра хирургии ИДПО Воронежского ГМУ им.Н.Н.Бурденко 2) ГУЗ «Елецкая городская больница №2»

Актуальность Особенности хирургического лечения послеоперационных грыж у лиц, перенесших операции на желчевыводящих путях и поджелудочной железе, в основном обусловлены топографо-анатомическими характеристиками доступов. Поэтому герниологические пациенты после предшествовавших панкреатобилиарных вмешательств часто требуют нестандартного подхода при хирургической реконструкции передней брюшной стенки. Материалы и методы: Работа основана на анализе хирургического лечения 16 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Среди них 10 человек - мужчины (62,5%), 6 - женщины (37,5%). Средний возраст больных $59 \pm 7,6$ лет. Сроки грыженосительства $5,5 \pm 3,2$ года. Первичные оперативные вмешательства у пациентов были следующие. 11 больных оперированы на внепеченочных желчевыводящих путях. Из них: 6 была выполнена холедохолитотомия, 2 - холедоходуоденостомия, 3 - бигепатикоюностомия. Пятеро пациентов ранее оперированы по поводу заболеваний поджелудочной железы. Двум была выполнена резекция железы (ПДР и корпорокаудальная резекция), 3 - оментобурсостомия. По локализации грыжевых дефектов распределение больных было следующее. Срединная послеоперационная грыжа отмечена у 10 пациентов. У троих имела место комбинированная грыжа после J-образного доступа. У двух - правосторонняя и у одного - левосторонняя подреберная грыжа. Всех больных

до операции обследовали в соответствии с имеющимися стандартами. Кроме того, у всех пациентов была проведена ультрасонография с определением локализации, размеров грыжевых ворот и состояния основных структур и слоев передней брюшной стенки. Реконструкцию передней брюшной стенки у всех пациентов осуществляли под контролем внутрибрюшного давления. Измерения были выполнены с использованием герметичной системы UnoMeter Abdo-Pressure. Критическим порогом считалось значение 10 мм рт.ст. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием стандартного набора вычислительных операций программы MS Excel. Результаты и обсуждение: Срединные вентральные грыжи по размеру грыжевых ворот у 6 пациентов классифицированы как W2 (5-10см), у остальных 4 - W3 (10-15см). Причем у 3 из них имела место субкисфоидальная локализация дефекта. Оперативное вмешательство заключалось в выделении грыжевого мешка, грыжевых ворот, адгезиолизисе. Далее выполняли вскрытие задних листков футляров прямых мышц живота, максимально широкую их латеральную мобилизацию и ушивание дефекта с пересечением поперечной мышцы живота или без такового. Завершающий этап – ушивание дефекта – выполняли под обязательным контролем внутрибрюшного давления. В том случае, если наложение стандартных швов грозило интраоперационным прорезыванием, осуществлялось наложение гипотензионного апоневротического шва. Шов представляет собой две линии цепочек связанных между собой стежков, наложенных с каждой стороны друг напротив друга по ходу пучков коллагеновых волокон. Протяженность каждого стежка около 5-10 мм. А их количество от 5 до 10 с каждой стороны (Пат. 2373871 РФ). В этом случае связывание концов лигатур позволяет с достаточной силой натяжения сблизить края даже истонченного апоневроза задних листков футляров прямых мышц живота без прорезывания швов. Для наложения таких швов чаще всего использовали полипропилен 1/0 с колющей иглой. После этого в образованное ретромускулярное пространство укладывали полипропиленовый эндопротез, который фиксировали к сухожилию внутренней косой мышцы живота. Ушивание апоневроза белой линии живота у больных с максимальным поперечным размером грыжевых ворот более 10 см без превышения порога величины внутрибрюшного давления выполнено у одного пациента. У остальных участок сетчатого эндопротеза контактировал с подкожной клетчаткой.

Дренирование ретромускулярного пространства выполнено у 6 больных из 10. У всех пациентов с боковыми грыжами живота размер грыжевых ворот не превышал 10 см, а спигелиева линия не была нарушена. При этом пластика брюшной стенки заключалась в выделении грыжевого мешка, диссекции предбрюшинного пространства и фиксации сетчатого эндопротеза по периметру в 6-8 точках. Послеоперационные грыжи у 2 больных после J-образного доступа по размеру грыжевых дефектов классифицированы как W2, у одного как W3. В двух случаях имело место разрушение спигелиевой линии, в одном она была сохранена. Особенности хирургического вмешательства были следующие. После выделения и иссечения грыжевых мешков выполнялось вскрытие задних листков футляров прямых мышц живота и их мобилизация в латеральном направлении. Далее мобилизация продолжалась в сторону к боковой части грыжи. У всех пациентов отмечено наличие выраженного рубцового процесса в футлярах прямых мышц живота, что требовало использования биполярной коагуляции для осуществления адекватного гемостаза. При сохранной спигелиевой линии живота выполнена раздельная пластика сетчатым эндопротезом с расположением импланта в срединной части ретромускулярно, в боковой между поперечной и внутренней косой мышцами живота таким образом, чтобы латеральный край одного протеза перекрывался медиальным краем другого. После этого производили транспариетальную фиксацию сдвоенных имплантов несколькими лигатурами, которые фиксировали одновременно два эндопротеза. У пациентов с разрушенной спигелиевой линией со стороны боковой грыжи выполнена задняя сепарация с пересечением поперечной мышцы и расположением бокового отроча импланта в предбрюшинном пространстве. Показатели внутрибрюшного давления у всех пациентов в конце операции не превышали порогового. В раннем послеоперационном периоде тяжелых осложнений не было. У двух больных в сроки от 3 до 7 суток после операции отмечено скопление свободной жидкости в подкожной клетчатке, у одной пациентки – в подапоневротическом слое. Во всех случаях потребовалась однократная пункция. Средние сроки стационарного лечения составили $10,7 \pm 1,3$ койко-дней. Больные были осмотрены через 6-18 месяцев после операции. Рецидивов не выявлено. Двое пациентов со срединными грыжами и один с комбинированной предъявляют жалобы на периодическую боль в области живота, в проекции спигелиевой линии, связывая её с увеличением

объема движений. Выводы и рекомендации: Таким образом, реконструктивные вмешательства на передней брюшной стенке у больных с грыжами после операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны могут иметь следующие особенности. Выполнение широких доступов при таких операциях часто способствует образованию комбинированных сложных грыж, которые при реконструкции брюшной стенки требуют широкой мобилизации и диссекции в её слоях. При этом не исключается и разрушение спигелиевой линии – одного из важнейших элементов соединительнотканного остова передней брюшной стенки, а также наличие выраженного спаечного процесса внутри футляров прямых мышц. Использование рекомендуемого гипотензионного апоневротического шва позволяет ушить задние листки футляров прямых мышц живота у многих пациентов, в том числе с субксифоидальными грыжами, края грыжевых ворот которых характеризуются своей неподатливостью, а сами футляры в связи с длительно существующим воспалительным процессом рубцово-спаечными изменениями. В любом случае, нетипичная ситуация почти всегда требует нестандартного подхода к её решению.

8. Хирургическая реабилитация больных панкреонекрозом

Чигрин С.Г.(1), Сундеев С.В.(1,2), Шептунов Ю.М.(2), Куприянов С.Н. (1), Стрельников Е.В. (1), Двуреченская Е.А. (1)

Липецк

- 1) Липецкая областная клиническая больница
- 2) Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко

Актуальность: Количество больных панкреонекрозом тенденции к снижению не имеет, а полное выздоровление зависит от эффективности комплексной хирургической реабилитации с использованием современных малоинвазивных методов лечения. Материалы и методы: В период с 5.01.2016г. по 13.03.2017г. в хирургическом отделении Липецкой областной клинической больницы было пролечено 65 пациентов обоего пола с отдаленными осложнениями

панкреонекроза. Мужчин было – 45(69,2%), женщин 20 в возрасте от 20 до 76 лет. Интересно, что средний возраст женщин $49,2 \pm 12,3$ года ненамного превышает таковой у мужчин – $41,0 \pm 12,0$ лет, что говорит о значительном вкладе алкогольного компонента в билиарный «женский» панкреонекроз, возникающий в более позднем возрасте. То обстоятельство, что реабилитация больных панкреонекрозом процесс этапный, нашло свое отражение в количестве госпитализаций. По одному разу было госпитализировано 39 пациентов, по два – 16, по три – 7, по четыре – 2, и один больной поступал в стационар для реабилитационных хирургических вмешательств 5 раз. Таким образом, 65 больных дали 105 госпитализаций (1,62 в среднем на пациента). У подавляющего большинства пациентов основной диагноз «Хронический постнекротический панкреатит» дополнился различным сочетанием осложнений панкреонекроза. Киста поджелудочной железы была у 30 (46,2 %), панкреатический свищ - 29 (44,6), сахарный диабет - 12 (18,5), наружный гнойный свищ – 10 (15,4), стриктура ТОХ – 6 (9,2), послеоперационная грыжа – 4 (6,2), хронический калькулезный холецистит – 3 (4,6), хронический постнекротический псевдотуморозный панкреатит со стенозом ДПК, сдавлением холедоха - 3 (4,6), наружный желчный свищ -2 (3,1), прочие – 4 (6,2%), Панкреатический свищ – второе по частоте осложнение – только у 9 пациентов возник как осложнение панкреонекроза и его хирургического лечения; у остальных 20 больных он явился осложнением пункционного лечения панкреатических и парапанкреатических кист и оментобурсита, что является одной из основных проблем использования малоинвазивных методик. Послеоперационные грыжи и хронический постнекротический псевдотуморозный панкреатит со стенозом ДПК и сдавлением холедоха потребовали оперативного лечения. Группу «Прочие» образовали больные с тонкокишечным свищом, эмпиемой желчного пузыря, острой спаечной кишечной непроходимостью и поддиафрагмальным абсцессом слева – по одному пациенту. Дополнительное обследование при необходимости в различных комбинациях включало: определение лабораторных биохимических параметров, консультацию эндокринолога, ФГДС, УЗИ, РКТ, фистулографию, РХПГ и, реже, другое. Консервативное лечение, помимо общих позиций, дополненное санацией полостей (лаваж, промывание дренажей), физиолечением и ГБО, было проведено в 12 случаях. Под случаем мы подразумеваем отдельную госпитализацию пациента. Удаление

ранее установленных дренажей – 24 случая, выписано с дренажами – 21. Оперативные вмешательства, выполненные части больных, перенесших панкреонекроз включали: лапароскопическую холецистэктомию у 3 пациентов, герниолапаротомию с пластикой ППС у 3, санацию и дренирование кисты ПЖ и брюшной полости у 2, дистальную резекцию ПЖ и спленэктомию у 2 и холецистоэнтеро- и гастроэнтеростомию у одного больного. Перечень малоинвазивных вмешательств, в том числе под контролем ультразвука, был следующим. Пункция кисты ПЖ выполнена 5 больным, пункционное дренирование кисты ПЖ – 15, смена дренажей – 5, чрескожная холецистостомиа – одному, пункция абсцессов – 2. И следующие данные наглядно демонстрируют вклад эндоскопической службы в малоинвазивную хирургическую реабилитацию больных панкреонекрозом. Так, за отчетный период послабляющая ЭПСТ была выполнена 14 пациентам, вирсунготомия – 12, стентирование ГПП – 11, удаление стента ГПП – 3, стентирование холедоха – 2, промывание стента – одному. Интересно, что в 2 случаях по показаниям было выполнено рестентирование главного панкреатического протока. Результаты и обсуждение: Общей и послеоперационной летальности в представленной сплошной выборке не было. Все пациенты были выписаны с выздоровлением или с улучшением состояния и рекомендацией явиться на следующий этап реабилитации. Время пребывания в стационаре было следующим: 65 пациентов за 105 госпитализаций провели на хирургической и реанимационной (после полостных операций) койке 1534 дня, в среднем по 14,6 койко-дня на одну госпитализацию или по 23,6 койко-дня на одного пациента. Несмотря на малоинвазивность лечебных вмешательств, только 9 госпитализаций продолжались 5 дней и менее. Наиболее продолжительная госпитализация была в течение 42 дней, а всего этот пациент с хроническим индуративным панкреатитом со сдавлением холедоха и ДПК за 4 госпитализации провел в стационаре 123 дня. Таковы отдаленные последствия панкреонекроза и время, необходимое для их коррекции. Выводы и рекомендации: Учитывая, что более 20 человек, выписанных с дренажами, должны будут возможно еще не раз вернуться для последующих этапов лечения и некоторым из них предстоит не простая операция по поводу наружного панкреатического свища, следует считать процесс хирургической реабилитации больных панкреонекрозом непрерывным с учетом включения в него новых пациентов. По этим причинам госпитализировать их

необходимо в высоко потоковые оснащенные стационары, имеющие опыт комплексного высокотехнологичного подхода к отдаленным осложнениям панкреонекроза.

9. Опыт выполнения дезартеризации геморроидальных узлов в условиях местной анестезии

Фатхутдинов И.М.

Казань

ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" МЗ РФ

Актуальность. На сегодняшний день Трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки является "золотым стандартом" в лечении больных с хроническим геморроем II - IV стадии. Широкое применение данной методики требует выбора оптимального метода обезболивания. Дезартеризация геморроидальных узлов применяется преимущественно в частных медицинских центрах, где далеко не всегда возможно применение региональной или общей анестезии. И связано это во - первых с высоким риском осложнений выше указанных методов анестезии. Во - вторых организация отделения анестезиологии дорогое удовольствие с точки зрения организационной и материально технической. Материал и методы исследования. В данном материале обобщен опыт выполнения дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией слизистой прямой кишки с октября 2013 г. по ноябрь 2017 г. За данный период времени выполнено 289 доплер ориентированных перевязок геморроидальных артерий с мукопексией, у больных с II - IV стадией хронического геморроя, на оборудовании компании А.М.И. (Австрия), с проктоскопом RAR - 2013 для выполнения дезартеризации и мукопексии. Мужчин - 154, женщин - 135. У 53 пациентов производились симультанные операции. С момента освоения данной малоинвазивной технологии планировалось выполнять их под местной анестезией, в связи с отсутствием отделения анестезиологии и возможности оставлять пациентов на ночь. Использование Новокаина и Лидокаина для

местной анестезии не рассматривалось в связи с возможностью развития различных осложнений и слабого анестезирующего эффекта. Свой выбор мы остановили на Ропивакаине. В результате апробирования различных концентрации данного препарата, остановились на двух ампулах 10 мг/мл (1%) в ампулах по 10 мл., которые разводили добавлением физиологического раствора 0.9% в четырех шприцах по 20 мл. до 0.5% раствора. Техника выполнения анестезии следующая - введение анестезирующего препарата в анальный сфинктер проводилось на 3,6,9 и 12 часах (по 20 мл. в каждую точку). Анестезирующий эффект развивается через 2-3 минуты. Во время манипуляции пациенты не испытывали болевых ощущений. В среднем вмешательство длилось 30 минут. В после операционном периоде анестетик действовал в течении 3-4 часов (в зависимости от конституции). После манипуляции пациент находился в клинике 1 час, затем отпускался домой с рекомендациями. Полученные результаты. По выше описанной методике местной анестезии выполнено 289 операций по технологии HAL и RAR у больных с геморроидальной болезнью, в том числе 53 симультанных вмешательства на анальном канале. Осложнений связанные с данной методикой местной анестезии не наблюдали. Обсуждение. Таким образом лечение геморроидальной болезни в объёме селективной доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией под местной анестезией раствором Ропивакаина 0,5%-80,0, проводится в комфортных условиях без болевых ощущений, не требующих длительного нахождения пациентов в клинике в послеоперационном периоде. Выводы и рекомендации. Применение местной анестезии раствором Ропивакаина в выше указанной дозировке позволяет выполнить малоинвазивное лечение хронического геморроя в комфортных для больного и оператора условиях.

10. Клиническое наблюдение рака влагалища, осложненного флегмоной параректальной клетчатки и мягких тканей смежных анатомических областей

Сергацкий К.И. (1,2), Никольский В.И. (1), Мизонов Д.В. (2), Кочмарева Т.В. (2), Куницына Д.Н. (1), Дашкина Ю.Р. (1)

Пенза

1) ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт, кафедра «Хирургия». 2) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Актуальность. Рак влагалища — редкое новообразование, составляет 1–3% всех опухолей женских половых органов. Заболеваемость раком влагалища составляет примерно 1 случай на 100 тыс. женщин (Федоренко З.П. и соавт., 2013). Рак влагалища — болезнь женщин старшего возраста с пиком заболеваемости на 6–7-ом десятке лет жизни. В возрасте до 50 лет эту опухоль выявляют у менее 15% больных, и менее 10% случаев приходится на возраст до 40 лет (Кулаков В.И. и соавт., 2006). По данным наблюдений больных раком влагалища после комплексного лечения 5 летняя выживаемость при I стадии составляет 64–90%, при II стадии — 31–80%, III — 0–79%, IV — 0–62% (Воробьева Л.И. и соавт., 2014). Что касается гистологического типа и градации, то в некоторых исследованиях было показано, что степень дифференцировки является независимым значимым прогностическим фактором выживаемости (Давыдов М.И. и соавт., 2009). При этом плоскоклеточный рак влагалища — наиболее частый (78–90%) гистологический тип (Дисаи Ф.Дж. и соавт., 2011). Материалы и методы. Пациентка М., 77 лет. Была доставлена бригадой скорой помощи в ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» 18.11.16 с жалобами на боль в заднем проходе, гипертермию до гектических цифр, наличие отека в области ануса и на внутренней поверхности левого бедра. При осмотре: анальная воронка умеренно втянута, слева от заднего прохода массивный отек мягких тканей и опухолевидное образование 15x8 см., идущее к паховой складке справа и слева и распространяющееся на левую нижнюю конечность по медиальной поверхности бедра до подколенной ямки. Местами кожа в этой области с очагами влажного некроза, из которых выделяется незначительное серозно-гнойное отделяемое. Тонус сфинктера повышен. Большие половые губы

увеличены в размерах, каменистой плотности с разрастанием мягких тканей по типу “цветной капусты” без четких контуров больше справа. Полученные результаты. В экстренном порядке под общей анестезией выполнено вскрытие острого гнилостного парапроктита и гнилостно-некротической флегмоны мягких тканей промежности, параректальной клетчатки и паховой области слева, левого бедра до подколенной ямки, биопсия опухоли влагалища. При гистологическом исследовании: умереннодифференцированная плоскоклеточная карцинома с кератинизацией. Клинический диагноз: Рак влагалища. cT2NxM0G1. St. 2. Осложнения: Распад и абсцедирование опухоли. Гнилостно-некротическая флегмона промежности, параректальной клетчатки, паховой области слева, медиальной поверхности левого бедра. Консервативное лечение в послеоперационном периоде включала антибактериальную, дезинтоксикационную, обезболивающую терапию, ежедневные перевязки, периодически включающие локальные некрэктомии. После очищения ран 01.12.2016 выполнено наложение отсроченных кожных швов. Снятие швов и выписка в удовлетворительном состоянии 9.12.16. Рекомендовано наблюдение и лечение у онкогинеколога в Областном онкологическом диспансере, продолжение лечения у хирурга по месту жительства. Обсуждение. Флегмона параректальной клетчатки, промежности и мошонки не криптогенного генеза не редко наблюдаются при распаде и абсцедировании злокачественных новообразований прямой кишки (Hamidian Jahromi A. et al., 2015; Koyama M. et al., 2017). С раком влагалища, осложненным развитием флегмоны мягких тканей смежных анатомических зон, встретились впервые. В доступной литературе описания подобных клинических случаев не найдено. Вывод. В лечении больной с распадающейся злокачественной опухолью влагалища, осложненной гнилостно-некротической флегмоной промежности, параректальной клетчатки, паховой области, медиальной поверхности левого бедра получен удовлетворительный клинический результат. Рекомендации. Без операции, направленной на удаление первичной опухоли влагалища, гнойно-воспалительный процесс параректальной клетчатки, промежности и мягких тканей смежных анатомических областей удается купировать.

11. Толстокишечные кровотечения в клинике неотложной хирургии

Фатхутдинов И.М.

Казань

ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" МЗ РФ

Актуальность. В новом тысячелетии люди все чаще подвергаемся всевозможным стрессам, которые негативно сказываются на нашем здоровье. И одной из точек приложения стрессов является толстая кишка. Возникновение эрозий в толстой кишке с последующим развитием толстокишечных кровотечений это результат неблагоприятного воздействия стрессовых ситуаций на ободочную кишку. Как результат увеличение количества больных с толстокишечными кровотечениями в клинике urgentной хирургии. Пациенты с данной патологией госпитализируются в отделения неотложной хирургии, где как правило назначается традиционная гемостатическая терапия, по аналогии с лечением гастродуоденальных кровотечений, которая к сожалению далеко не всегда приносит желаемый результат. В связи с выше изложенным необходимо разработать в внедрить схему комплексного лечения острых толстокишечных кровотечений с учетом особенностей патологических процессов в ободочной кишке. Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2017 гг. в клинике хирургии №1 на базе ГАУЗ «Центральной городской клинической больницы №18» г. Казани наблюдалось 26 пациента в возрасте от 17 до 63 лет, с острыми толстокишечными кровотечениями, из них 20 (77 %) женщин и 6 (23%) мужчин. Больные доставлялись в приёмно - диагностическое отделение спустя 3 - 72 часа от начала заболевания. Во всех случаях пациенты связывали начало болезни с перенесенным стрессом (семейные проблемы, несчастная любовь, напряженный график на работе, переезд в другой город). В начале наблюдалось учащение стула, затем появлялась кровь в кале. В приемном отделении проводилась комплексная клиничко-лабораторная диагностика, пальцевое и инструментальное (ректороманоскопия) исследование прямой кишки, ЭКГ, осмотр терапевта. После обнаружения эрозий в прямой кишке назначали комплексную терапию включавшую в себя диетический стол №4В, традиционная гемостатическая терапии, а так же месалазин с суточной дозе 3 грамма, месалазин в свечах по 500 мг 2 раза в день, фитомуцил по 1

пакетику 2 раза в день. В результате комплексного лечения, в первые три дня наблюдалось прекращение выделения крови с калом, нормализация количества актов дефекации. Спустя пять дней все больные отмечали значительное улучшение самочувствия. Когда состояние больных не вызывало беспокойство, пациенты выписывались на амбулаторное долечивание. Последнее включало в себя восьми недельный курс препаратом месалазин (пероральный и ректальный) в суммарной дозе 4 грамма, фитомуцил по 1 пакету на ночь. Через 8 недель проводилась контрольное эндоскопическое исследование (ректороманоскопия). В 19 наблюдениях эрозии зажили. У 7 пациентов эрозии сохранялись, что потребовало продолжение лечения месалазином, еще в течении 2 месяцев. Последующее обследование показало выздоровление этой группы больных. Полученные результаты. Комплексная терапия острых толстокишечных кровотечений с комбинированным (перорально и ректально) применением месалазина, фитомуцила позволяет добиться быстрой остановки кровотечения, нормализовать консистенцию и частоту стула, улучшить качество жизни больных. Обсуждение. В связи с вышеизложенным, комплексный подход в диагностике и лечении пациентов с острыми толстокишечными кровотечениями позволяет улучшить результаты лечения данной группы больных. Выводы и рекомендации. Поиск и внедрение в неотложную хирургию новых методов диагностики и лечения у больных с острыми кровотечениями из ободочной кишки способствуют повышению эффективности лечения.

12. Специализированное лечение тромбоэмболии легочной артерии в условиях сосудистого 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 тромболизиса с одномоментной имплантацией кава-фильтра по показаниям. Материал и методы: С января 2014 г. по декабрь 2015 год в ГБУ Курганской областной клинической больницы 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 тромболизис проводился введением пулолазы-20 актилизе-46. 56 пациентам в ходе операции был имплантирован кава-фильтр в нижнюю полую вену для профилактики рецидива ТЭЛА по показаниям. Положительный результат лечения был достигнут у 65 больных. Положительный результат был оценен по клинической картине пациентов и по данным повторной ангиопульмонографии после проведения тромболизиса. У 35 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. Пройдемимость 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.

13. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА

Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш.,
Эргашев М.Р., Ли Л.В.

Ташкент. Узбекистан

Республиканский научно-практический центр
малоинвазивной и эндовизуальной хирургии
детского возраста

Актуальность. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и (ЯБЖ) остаётся актуальной проблемой, часто наблюдаются осложнения, требующие участия хирурга. На сегодняшний день клиническое проявление ЯБЖ у детей характеризуется: бессимптомным началом в течении длительного времени, сменяющиеся острым приступом и прогрессивным развитием грозных осложнений, заканчивающихся нередко хирургическими операциями. Цель исследования: анализ результатов лечения детей с острой язвенной болезнью желудка осложнившейся перфорацией. Материалы и методы исследования. В период с 2014 по 2017гг, в экстренном порядке в детское хирургическое отделение нашего центра поступило 15 детей в возрасте от 6 до 17 лет с ЯБЖ у которых болезнь осложнилась перфорацией язвы и развитием перитонита. Из них мальчиков было – 14 и 1 девочка. Всем больным были выполнены клиничко-биохимические анализы крови, обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС. Результаты и обсуждение: У большинства детей 13 (86,6%) заболевание было выявлено впервые, 2 (14,4%) детей наблюдались гастроэнтерологом с диагнозом ЯБЖ, хроническое течение. Сроки обращения детей за медицинской помощью, от начала возникновения болевого синдрома варьировали: от 1 до 4 часов – 8 (53,3%) детей, от 5 до 9 часов – в 4 (26,6%), от 10 до 13 часов – в 2 (13,3%), и давностью 24 часа – 1 (6,6%). После установления диагноза и непродолжительной предоперационной подготовки в течении 2-3 часа, 14 (93,4%) больным было выполнено лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия язвы, в 1 (6,6%) случае по техническим причинам была выполнена конверсия и ушивание перфоративной язвы произведено, традиционно через лапаротомный доступ. Ушивание проводилось викрилом №1/0 двухрядным швом, с последующей перитонизацией сальником. Язвенные дефекты как правило были небольшие размерами от 3 до 8 мм в диаметре. Перфорации

были обнаружены у 12 (80%) детей - в пилорическом, у 3 (20%) детей – в антральном отделе желудка. В раннем послеоперационном периоде проводилась противоязвенная терапия. Осложнений в раннем послеоперационном периоде у наших пациентов не наблюдалось. Вывод. Таким образом, результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что у детей с перфорацией язвы желудка, в большинстве случаев наблюдалось отсутствие клинически язвенного анамнеза (86,6%). Лапароскопическое ушивание перфоративных язв имеет выгодные преимущества перед лапаротомным ушиванием: сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и снижаются затраты на лечение в связи с ранней активизацией больного, наблюдается хороший косметический эффект.

14. Клинические размышления на тему: ампутация/реампутация

Степанов Н.Г.

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 5

Цель исследования. Провести анализ повторных высоких ампутаций, определить причины реампутаций, и возможные пути их снижения. Клинический материал. За 25 лет (1992-2016гг) нами выполнено 1068 высоких ампутаций, в том числе и 99 реампутаций, что составило 9.2%. Причиной высоких ампутаций было: атеросклероз – у 74 больных, сахарный диабет – у 19 больных, смешанный характер поражения сосудов – у 6 больных. Мужчин было 80, женщин 19. Реампутация голень ? бедро выполнена у 33 больных; повторная реампутация голень ? бедро ? экзартикуляция в тазобедренном суставе выполнена у 9 больных; реампутация голень ? голень выполнена у 1 больного. Т.о. общее количество больных, которым выполнена повторная ампутация после первичной ампутации голени составило 43 (12% от общего количества ампутаций голени). Реампутация бедро ? бедро выполнена у 49 больных; повторная реампутация бедро ? бедро ? экзартикуляция в тазобедренном суставе выполнена у 7 больных. Общее количество

больных, которым выполнена повторная ампутация после первичной ампутации бедра составило 56 (8% от общего количества ампутаций бедра). Результаты и их обсуждение. Причинами реампутаций были: нагноение раны, – у 75 больных; кожный некроз – у 11 больных; флегмона культи – у 6, остеомиелит культи бедренной кости – у 5, язва культи голени – у 1, фантомные боли – у 1 больного. Чаще всего выше перечисленные осложнения сочетаются у большинства больных, которым выполняется повторная ампутация. При реампутации летальность в 2р больше, чем при первичной ампутации. Количество умерших после реампутации голени составило 9 больных; после реампутации бедра – 25 больных. Одной из причин по которой не выполняется ампутация голени является фактор субъективный – вероятность повторной ампутации в случае нагноения раны и с большей вероятностью неблагоприятного исхода. Наши данные свидетельствуют, что если после реампутации голени летальность составила 21%, то после реампутации бедра 44%. У каждого пятого больного после реампутации голени на уровне бедра пришлось выполнить экзартикуляцию в тазобедренном суставе, т.е. и ампутация бедра, вероятно, была бы недостаточной. Исходя из этих позиций, количество реампутаций голени у нас было бы не 43, а 34, что составило бы 9%, что практически сопоставимо с количеством повторных ампутаций после ампутаций бедра. Этот факт доказывает, пусть и опосредовано, что реампутация после ампутации голени не является ошибкой хирурга в выборе уровня ампутации. Одним из важных путей в снижении количества реампутаций является применение предварительной ампутации и предварительной реампутации. Это тактический вариант окончания ампутации – не ушивать рану, и вести ее открыто на определенный срок. Сравнительный результат в группе с расширенными показаниями к предварительной ампутации и реампутации свидетельствует об уменьшении летальности. Выводы. 1. Главными причинами реампутаций являются нагноение раны, флегмоны и некрозы культи, остеомиелит культи бедренной кости. 2. Применение предварительной ампутации и реампутации (по показаниям) является основным фактором в снижении послеоперационной летальности. 3. Необходимо преодолеть ложное мнение большинства хирургов, что реампутация голени является следствием неправильно выбранного уровня ампутации.

15. Восемь лет после успешной двухсторонней экзартикуляции нижних конечностей

Степанов Н.Г.

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 5

Цель презентации: представить редкий клинический случай – экзартикуляцию в тазобедренных суставах с хорошим результатом через 8 лет после операции. Клиническое наблюдение. Нам не удалось найти подобного клинического наблюдения в доступной литературе. По нашим данным экзартикуляция выполняется у каждого пятидесятого-шестидесятого больного при высоких ампутациях. Поэтому сочли возможным представить свое клиническое наблюдение. Больной М., 53л, и.б.1348 поступил в отделение гнойной хирургии 12.05.09г в тяжелом состоянии из специализированной кардиохирургической больницы с диагнозом: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, с.Лериша, ХАН 4ст с обеих сторон, влажная гангрена правой стопы и голени. Тяжесть состояния была обусловлена гнойной интоксикацией и тяжелой патологией – мультифокальным атеросклерозом, ИБС. В анамнезе у больного в 1990г и 1996гг – аортобедренное шунтирование и тромбэктомия; в 2005 АКШ (наложено три шунта). Ввиду наличия влажной гангрены правой нижней конечности 13.05.09г больному выполнена ампутация на уровне 1/3 правого бедра, ближе к паховой складке. В ближайшем послеоперационном периоде у больного появилось опухолевидное пульсирующее образование в левой подвздошно-паховой области (обнаружено при осмотре реаниматологом после перевода больного в реанимацию). Больной осмотрен совместно с сосудистым хирургом, диагностирована расслаивающая аневризма. Через 5ч после ампутации больной повторно взят на операцию. Выполнено удаление ложной аневризмы дистального анастомоза аортобедренного аллопротеза, резекция и перевязка бранши протеза. Восстановить кровоток в левой нижней конечности ввиду характера атеросклеротического поражения невозможно. Прекращение кровоснабжения левой ноги заставило нас 14.05.09г выполнить экзартикуляцию конечности в тазобедренном суставе. Ввиду плохого кровотока рана туловища не ушивалась, принято решение об открытом ее ведении. Кровоток в культе бедра справа был скудный, рана нагноилась,

образовались массивные некрозы мягких тканей, стала прогрессировать гнойная интоксикация. 22.05.09г больному выполнено вычленение культи бедра в тазобедренном суставе. Больной выписан на 147 день госпитализации в удовлетворительном состоянии. На январь 2018г больной активный, хорошо передвигается в постели и по комнате на каталке, занимается физкультурой. Цель презентации: 1. Поделиться успешным клиническим наблюдением после двухсторонней экзартикуляции нижних конечностей с хорошим отдаленным результатом. 2. Мы наблюдали редкое осложнение, которое произошло во время операции – расслоение ложной аневризмы дистального анастомоза аорто-бедренного аллопротеза.

16. Опыт хирургического лечения деструктивного холецистита у лиц старческого возраста

Гринческу А.Е., Хилько С.С.

Симферополь

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

Клиническая картина заболевания при остром деструктивном холецистите у больных старше 75 лет весьма разнообразна, а диагностика иногда затруднена. Трудности обычно обусловлены особенностями течения заболевания, наличием сопутствующих и фоновых заболеваний, выраженной агрессивностью инфекционного процесса с нарушением кровообращения в стенке желчного пузыря с ранним проявлением синдрома эндогенной интоксикации. Нередко имеет место ареактивное клиническое течение, что приводит, как правило, к позднему обращению при уже имеющихся местных осложнениях. Скудные клинические проявления на фоне выраженных деструктивных изменений, нередко приводят к диагностическим ошибкам, особенно у больных с гангренозным холециститом при наличии периода мнимого благополучия. Цель: анализ результатов хирургического лечения острого холецистита и его осложнений у больных старческого возраста. Задачи: 1. Оценить динамику изменения количества больных старческого возраста с острым холециститом и его осложнениями. 2. Определить

оптимальную тактику ведения больных старческого возраста при остром холецистите и его осложнениях. Материалы и методы. В клинике за период с 2011 г. по 2017 г. было произведено 642 операций по поводу острого холецистита и его осложнений. Больным старше 75 лет было произведено 217 операций (33,8%). При этом, деструктивные формы острого холецистита подтверждены практически у всех больных (209). У 69 оперированных больных (31,8%) этой группы заболевание сопровождалось осложнениями со стороны органов гепатобилиарной зоны. В некоторых случаях считаем необходимым экстренное оперативное вмешательство разделить на 2 этапа: I-й – холецистостомия, II-й – радикальная операция – традиционная холецистэктомия с ревизией желчных протоков. Подобная схема применена у 13 больных. Необходимо отметить, что у больных старше 75 лет с наличием сопутствующей соматической патологией нужно с осторожностью применять лапароскопическую холецистэктомию и холецистэктомию из мини доступа, особенно в общехирургических стационарах. Результаты. Анализ показал, что поздние оперативные вмешательства (40 больных – 21,2%) чаще всего сопровождаются техническими трудностями при холецистэктомии и вмешательствах на желчных путях и, как следствие, значительным количеством послеоперационных осложнений. Это происходит в силу различных причин: наличие тяжелой сопутствующей патологии с необходимостью ее коррекции, поздняя госпитализация, отказ от операции с необходимостью проведения консервативной и антибактериальной терапии и отсутствием эффекта от лечения. Считаем обязательным проведение квалифицированного ультразвукового (УЗ) исследования, которое дает возможность своевременно поставить диагноз деструктивного холецистита и его осложнений. При проведении УЗИ у данной категории больных необходимо обращать внимание на следующие сонографические признаки острого деструктивного холецистита: 1. Внутрипросветные образования находящиеся во взвешенном состоянии (некротизированная и отторгнутая слизистая оболочка). 2. Очаги экзогенных затемнений газа в стенке желчного пузыря. 3. Нарушение целостности стенки желчного пузыря с образованием абсцесса. 4. Высокоспецифичный УЗ признак Мерфи. Квалифицированное ранее оперативное лечение, позволило нам снизить количество осложнений у анализируемой возрастной группы больных до 16,4 % при летальности 3,7%. Выводы: 1. Количество больных старческого возраста с острым холециститом и его осложнений остается стабильно

высоким и не имеет тенденции к снижению. 2. У больных старческого возраста количество осложнений со стороны органов гепатобилиарной зоны также остается высоким, все они требуют квалифицированного вмешательства на желчных путях. 3. В связи с быстрым прогрессированием воспалительных и некротических процессов в желчном пузыре считаем показанными ранее оперативные вмешательства у лиц старческого возраста.

17. Онлайн курсы в системе НМО по хирургии

Бутырский А.Г., Хилько С.С.

Симферополь

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

Главенствующим принципом национальной системы профессионального образования становится его непрерывность. Современные темпы прироста научной информации побуждают искать новые приемы для дополнительного профессионального образования (ДПО), что невозможно без информационно-коммуникационных технологий, в т.ч. дистанционных. Очевидная востребованность онлайн-образования вступает в противоречие с возможностью формальной конвертации таких образовательных ресурсов. Эта проблема решается лицензированием дистанционных курсов через систему НМО МЗ РФ. Ежегодно в Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского по программам ДПО обучается более 3 тыс. специалистов. Так, в 2016 г. прошли обучение 3059 чел., из них по программам повышения квалификации - 1862 чел., в т.ч. по хирургии - 84 чел. Число образовательных программ по хирургии, проведенных в 2016 году - 5 по 144 часа и 6 по 36 часов. К сожалению, среди проходящих ПК по краткосрочным программам ДПО, не было обучавшихся с применением дистанционных технологий. В 2017 году после утверждения программ дистанционных краткосрочных курсов ситуация изменилась, более 50% слушателей теперь проходят курсы в дистанционном режиме: из 116 - 63 (и это только за вторую половину года!). У нас

пока утверждено 2 курса - один дистанционный и один симуляционный. Дистанционное обучение с использованием платформы Moodle проходит по следующему алгоритму: при помощи тестирования оценивается базовый уровень знаний обучающегося, затем ему предоставляется доступ в систему с образовательным контентом (электронные учебники, видеолекции, виртуальные практикумы и т. д.). После изучения отдельных модулей обучающиеся выполняют контрольные задания, которые проверяются преподавателями. Платформа ориентирована на совместную работу. Обучение можно осуществлять как асинхронно, так и в режиме реального времени, проводя онлайн-лекции и семинары. Moodle создает и хранит портфолио каждого учащегося. Технологии дистанционного обучения позволяют организовать учебный процесс так, что позволяют врачу учиться без отрыва от работы в удобное для себя время, соблюдая лишь некоторые временные ограничения. Возможно повышение качества образования за счет применения современных средств обучения, одновременное обращение ко многим источникам информации, общения обучающихся через сети друг с другом и преподавателем. Дистанционное обучение позволяет снизить затраты на подготовку специалистов, эффективно контролировать учебный процесс, накапливать кредиты и засчитывать их при сертификации профессиональной компетенции врача. Внедрение дистанционного обучения требует определенных усилий со стороны преподавателя. Необходимо создавать электронные учебники и тесты. Важным условием при этом является наличие практических заданий интересных для врача и ориентированных на его повседневную деятельность. Преподаватель не только готовит большой объем учебных материалов, но и контактирует с обучающимися, консультирует их, поддерживает мотивацию к обучению. Определенные трудности возникают и у слушателей, т.к. не все врачи имеют достаточный опыт работы с ПК либо не готовы к самостоятельной работе. Также дистанционное обучение не может полностью заменить традиционные формы обучения медицинским специальностям, требующим мануальных умений и навыков (хирургия, стоматология). Для этого мы реализуем краткосрочные симуляционные циклы на базе симуляционного центра МА. Таким образом, актуальной задачей для преподавателей высшей школы становится постоянное использование в образовательном процессе дистанционных технологий. Преимущества такого способа: обучаемому не надо выезжать к месту учебы,

достаточно иметь компьютер, подключенный к интернету; каждый может выбрать наиболее удобный для себя график занятий в отведенных временных рамках; обилие разнообразных видов и форм обучения, среди которых всегда можно найти приемлемый вариант; доступная стоимость курсов; объективность оценки знаний.

18. Тоннельный синдром срамного сосудисто-нервного пучка и особенности его морфологии

Дыдыкин С.С., Жандаров К.А.

Москва

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва.

В литературе отсутствует топографо-анатомическая характеристика срамного канала и отрывистые сведения по его морфологии. Интерес к топографо-анатомическим исследованиям взаимоотношений содержимого срамного канала не пропадает по всему миру. Актуальность обусловлена большим прикладным значением в клинической практике. Огромной проблемой для больных является нейропатия полового нерва, как выразился больной с такой проблемой, который прошел уже разных специалистов “моя жизнь напоминает ад”. Лечение тоннельного синдрома может быть как неврологическое так и хирургическое. В тоже время мы констатируем, что способы оперативных доступов к срамным сосудам и нерву, несмотря на современные методы оперативной практики достаточно травматичны. В процессе работы мы решили с топографо-анатомической точки зрения разграничить и определить локализации анатомических ориентиров “срамного канала” особенно их стенок и отверстий, информации про которые недостаточно для ясного понимания вопроса и возможности его применения в практике, а как известно любой канал имеет стенки, входное и выходное отверстия. И тем самым внести четкие ориентиры в проекции срамных структур на их протяжении и расширить знания топографии анатомических образований таза. Из литературы нам 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 положениях биоманекена, на спине и животе: Начало препорочки производилось в положении биоманекена на спине с валиком, подложенным под поясничную область, максимально согнутыми и разведенными нижними конечностями. Кожа и подлежащие ткани из области промежности послойно удалены, ориентирами разрезов служили средняя линия, анальный сфинктер, анально-копчиковая связка, центр промежности, седалищный бугор, бедренно-промежностная складка. В положении на животе, кожа и подлежащие ткани ягодичной области удалены послойно разрезом сверху - по гребню подвздошных костей, снаружи - от передней верхней подвздошной ости вертикально вниз латеральнее большого вертела до ягодичной складки, в области ягодичной складки разрез пошел вдоль нее переходя в бедренно-промежностную складку, изнутри - по срединной линии вдоль крестца и копчика до линии предыдущего разреза Из обоих положений 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 между расхождением связок 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 предверие 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. Оказываясь на поперечной мышце промежности в предсакральной фасции выделяются выходные отверстия для каждого отдельного элемента сосудисто-нервного пучка в виде воронкообразных выпячиваний продолжающихся в виде тонких фасциальных отростков – рукавов, покрывающих артерию и нерв. Нахождение входного и выходных отверстий, стенок, сегментов срамных каналов свидетельствует, что вышеназванные структуры могут принимать участие в компремировании 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. Возможно, что выполнение данного исследования позволит усовершенствовать оперативное лечение связанное с нарушениями по ходу срамных сосудов и внетазовой ветви срамного нерва.

19. Оригинальный способ фиксации троакара при эндоскопических операциях у детей

*Аксельров М.А.(1,2), Комаров А.П.(1),
Горохов П.А.(2), Столяр А.В.(2), Емельянова В.А.(2),
Кокоталкин А.А.(1), Сатывалдаев М.Н.(1),
Сергиенко Т.В.(2), Добышев В.В.(1,2), Хрупа Д.А. (3),
Аксельров П.М. (1)*

Тюмень

1. ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
2. ГБУЗ ТО ОКБ №2, 3. ФГБУ ФИЦ ТЮМНЦ СО РАН

Актуальность. Лапароскопическая хирургия стала «золотым стандартом» при лечении большинства хирургических заболеваний и пороков развития у детей, однако, используемые троакары в большинстве случаев не имеют специальной фиксации в тканях пациента, что может приводить к выскальзыванию гильзы при смене инструмента, особенно у детей периода новорожденности, недоношенных и маловесных. Цель: разработать и внедрить новую полезную модель, предназначенную для быстрой и атравматичной фиксации троакара в мягких тканях пациента при лапароскопических операциях у детей. Материал и методы исследования. Работа проводилась на базе кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, в детском хирургическом отделении №1 ГБУЗ ТО Областной клинической больницы №2. Были сформированы контрольная и опытная группы: в первую вошли пациенты, оперативное вмешательство которых проходило без специальной фиксации троакара (n=27); во вторую – с использованием авторского устройства (n=26). При лапароскопической операции в момент фиксации троакара корпус устройства, удерживаемый 2 пальцами оператора за фиксатор, своей колющей частью прободает мягкие ткани и устанавливается в нужном положении под контролем камеры. Затем, посредством использования штока, через отверстие в полость выводится хирургическая нить, образующая петлю и охватывающая гильзу троакара. После чего устройство извлекается, петля затягивается, а свободные концы нитей завязываются с противоположной стороны от места вкола корпуса, что обеспечивает надежную фиксацию троакара в тканях пациента. Эффект технического решения оценивали путем проведения наблюдения за местами установки троакаров интраоперационно и анализа раннего послеоперационного периода. Результаты и их обсуждение. В ходе оперативных вмешательств у

пациентов второй группы отмечался положительный результат (92%) от использования авторского устройства, заключающегося не только в удобстве работы, но и быстром по времени и безопасном для больного исключении миграции троакара при выполнении необходимых хирургических манипуляций, тогда как при операциях без фиксации гильз троакаров (группа 1) в 70% случаев происходило выскальзывание троакара, что приводило к десуфляции газа, а в 20% возникновению подкожной эмфиземы, повышая риск возникновения раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде. Заключение и выводы. Таким образом, отсутствие надежной фиксации троакара с гладкой удлиненной гильзой при лапароскопическом доступе может быть определено как фактор, приводящий к усложнению проведения операции, снижению ее эффективности и безопасности. Разработанное нами, принципиально новое устройство для фиксации троакара при лапаро, торако, люмбо, везикулоскопическом доступе, которое позволяет максимально быстро по времени и безопасно для пациента исключить выскальзывание и миграцию троакара из области оперативного вмешательства снижает риск возникновения раневых послеоперационных осложнений.

20. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Аксельров М.А. (1,2), Сатывалдаев М.Н. (1), Сергиенко Т.В. (2), Дадашева С.М. (2), Верхованцев О.А. (2), Девятков А.А. (2), Мальцев В.В. (2), Хрупа Д.А. (3), Аксельров П.М. (1)

Тюмень

1. ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России
2. ГБУЗ ТО ОКБ №23. ФГБУН ФИЦ ТЮМНЦ СО РАН

Актуальность. Килевидная деформация грудной клетки характеризуется ассиметричным или симметричным искривлением кпереди грудины, а также сочленяющихся с ней ребер, вызывая выраженный косметический дефект. В 2004г был разработан малоинвазивный способ заключающийся в установке корректирующей

пластины. Недостатком метода является то, что исправляются только симметричные варианты порока. Цель. Улучшить результаты лечения детей с килевидной деформацией грудной клетки путем внедрения малоинвазивных технологий. Материалы. В 2015-2017г в детском хирургическом отделении №1 ОКБ №2 г. Тюмени при коррекции ассиметричной килевидной деформации грудной клетки 5 детям применена малоинвазивная торакопластика с использованием пластин из медицинской стали. Результаты. Учитывая небольшое число наблюдений, преимущества данного способа представим в описании клинического наблюдения. Пациент Г., 14 лет., болен с рождения, когда родители заметили, что грудная клетка деформирована. DS: врожденная ассиметричная килевидная деформация грудной клетки с ладьевидной деформацией реберных дуг. Выполнен поперечный разрез над местом перехода рукоятки грудины в тело и произведена поперечная, поднадкостничная стернотомия. Выполнены разрезы слева и справа внизу реберной дуги и разрезы слева и справа у грудины в месте горба. Под реберными дугами сформированы тоннели до грудины. В сформированные тоннели заведены пластины из медицинской стали с заранее сформированной формой. Пластины установлены так, что выпуклой частью они выводили реберные дуги и верхними краями давили на грудину приводя ее в нормальное положение. Длительность операции 1 час. Кровопотери не было. С 5 суток пациент начал ходить, на 10 выписан домой в удовлетворительном состоянии. Выводы. Недостаточное число наблюдений не дает возможности делать выводы, однако первое впечатление от операции позволяет предположить, что данный метод перспективен так как он менее травматичен чем те, которые применялись в нашей клинике ранее.

21. Наиболее часто встречаемые повреждения в структуре сочетанной и комбинированной травмы в многопрофильных стационарах г. Новосибирска за период 2016г

*Оленев Е.А., Жуков Д.В., Выговский Н.В.,
Павлик В.Н., Родыгин А.А., Соколов С.В.*

Новосибирск

ФГБОУ ВО "НГМУ" МЗ РФ

Актуальность. Продолжает оставаться на высоком уровне травматические повреждения. При этом, одной из особенностей современного травматизма является возросшая частота тяжелых сочетанных повреждений (Соколов В.А., 2002; Gao J.M. et al., 2005). Современные статистические исследования отечественных и зарубежных авторов убедительно свидетельствуют о росте сочетанной и множественной травмы, особенно в крупных городах. В первую очередь, это связано с увеличением тяжелых дорожно-транспортных происшествий (Дятлов М. М., 1998; Соколов В.А., 2004; Harma A., Inan M., 2004; Kabak S. et al., 2003; S?nchez-Tocino J.M. et al., 2007; Багдасарьянц В.Г., 2010). Не менее часто встречается и комбинированная травма и, в их числе, комбинированные механические и термические повреждения или обморожения. Так, среди всех видов травм ожоги по частоте занимают третье место, а в некоторых развитых странах — второе, уступая место лишь транспортной (Моновцов И. А., 2004). Эти проблемы потребовали выработать более структурные и организованные подходы к диагностике и лечению таких пациентов. Внедряется тактика многоэтапного запрограммированного хирургического лечения. Появилась сеть региональных ожоговых и травматологических центров различных уровней. Решается вопрос о применении шкалы оценки тяжести состояния пострадавшего. Материал и методы. Материалами являются данные 89 историй болезней пострадавших с колото-резанными, автодорожными, ожоговыми травмами, кататравмами из нескольких многопрофильных больниц г. Новосибирска за период 2016г. Результаты оценивали с помощью, клинического, анатомического методов и статистического метода, программы «MedStatistica». Полученные результаты. Сочетанная торакоабдоминальная травма составила 28,08% (25 пациентов), травма головы и живота составила 47,19% случаев (42 пациентов), травма живота и конечностей 23,59%

(21), комбинированная травма в виде тупой травмы живота и термического ожога пламенем верхних конечностей составила 1,12% (1). Среди повреждений головы открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ) встречалась в 25,5% (проникающая – 23,2%), закрытая ЧМТ встречалась в 74,5% случаев. По степени тяжести состояния пациентов преобладала средняя (69%), однако, тяжелая и крайне тяжелая составили, соответственно, 24% и 7%. При этом, среднее количество койко-дней, проведенных пациентами с сочетанной травмой живота и другой анатомической области составило 65, из них в отделении реанимации находилось – 35. В 6,74% пациентов был летальный исход. Шестьдесят три пациента (70,78%) все этапы оперативного лечения и последующий постоперационный период получали на этапе того дежурного по городу хирургического стационара, в который они поступили. Двадцать пациентов (22,47%) получали узкоспециализированную медицинскую помощь в областной клинической больнице и хирургических клиниках федеральных медицинских центрах. Выводы и рекомендации. 1. В структуре сочетанной травмы преобладает ЧМТ. 2. Пострадавшим основным объём лечения оказывался на этапе дежурного хирургического стационара, однако, при необходимости оказания узкоспециализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, по стабилизации состояния, проводилась транспортировка на этап областной клинической больницы или федеральных медицинских центров.

22. Применение малоинвазивных методов лечения при метастатическом поражении печени колоректальным раком

Ковальский А.В.

Пермь

Филиал №1 ФГКУ "426 ВГ" Минобороны России

В ретроспективный анализ были включены данные 7 пациентов с метастатическими поражениями печени при колоректальном раке (КРР) с целью оценить эффективности комплексного использования малоинвазивных манипуляций таких как РЧА и эмболизация при лечении

метастатическом поражении печени при ККР с целью увеличить продолжительность и качество жизни. Пациенты получили мультимодальное лечение в период с 2013 по 2017 гг. План лечения каждого больного разрабатывался в составе онкохирурга, химиотерапевта, радиолога, лучевого диагноста. Средний возраст больных составил $61,0 \pm 4,0$ года, из них 2 (28%) женщин и 5 (74%) мужчины. Длительность заболевания КРР? от 1 до 5 лет. В первую группу ($n = 2$) вошли больные, которым вместе с эмболизацией применялась РЧА, наша основная группа, во вторую ($n = 5$) – которым выполнялась эмболизация и операция, контрольная группа. Тяжелых осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Все две группы были сопоставимы по возрасту, длительности течения КРР, а также по наличию сопутствующей патологии – метастатическому поражению печени. Все пациенты получали базовое лечение, которое включало оперативные вмешательства и консервативное лечение. Выполнялась селективная и суперселективная эмболизация масляной эмульсией химиопрепарата. Липиодол, Оптирей в сочетании с Элоксатин, Цисплатин, Платинад, Оксалиплатин. Применялись микросферы Bead Block 500–700 мкм, 300–300 мкм. Применение РЧА в лечении единичных билобарных метастазов. Результаты исследования и их обсуждение. Объем интраоперационной потери при резекции печени в среднем составляло до 450 мл крови, при малоинвазивных манипуляциях объем кровопотери минимальный. Послеоперационный период в первой группе протекал более гладко. Показатели гемодинамик и показатели контрольных методов исследования при комплексном использовании малоинвазивных манипуляций в послеоперационном периоде значительно лучше, регрессия клинических симптомов наступила на 8 и 10 день. Койко-день в первой группе, в среднем 7 и 23 дня, составили меньше по сравнению со второй группой, в среднем 64 дня, где применялась эмболизация совместно с операцией и количество повторных обращений во второй, контрольной группе составило 40%. В настоящее время живы из первой и второй группы 100% и 60% соответственно в сроки 24 + 46,5 месяцев. Продолжительность жизни умерших пациентов составила 12 + 14,8 месяцев. Сделаны выводы о том, что использование малоинвазивных манипуляций позволяет улучшить качество и продолжительность жизни пациентов с метастазами в печень при колоректальном раке. Заключение или выводы. Таким образом, в настоящее время можно говорить о том, что больные с метастатическим поражением печени

при ККР являются в большинстве своем куррабельной группой пациентов, успешность лечение которых напрямую зависит от совершенствования имеющихся методик воздействия на опухолевые ткани. Комплексное использование различных малоинвазивных лечебных манипуляций позволит увеличить продолжительность и качество жизни больных, страдающих метастатическими заболеваниями печени при ККР. Рациональное использование внутрисосудистых вмешательств потенциально уменьшит сроки госпитализации без ущерба эффективности терапии, что, безусловно, будет способствовать интересу практических врачей к применению этих методов. Таким образом низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим колоректальным раком

23. Результаты изучения вариантной анатомии дугообразной линии апоневротического влагалища прямых мышц живота и их значение в герниологии

*Черных А.В., Закурдаев Е.И., Якушева Н.В.,
Витчинкин В.Г., Судаков Д.В.*

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией

Актуальность. В лечении больных с наружными грыжами живота широко используются методы протезирующей герниопластики, многие из которых предполагают сепарацию апоневрозов и фасций в области прямых мышц живота (TAPP, sublay mesh, component separation и др.). При выполнении данных операций для профилактики интра- и послеоперационных осложнений важно учитывать особенности топографии апоневротического влагалища прямых мышц живота, в том числе дугообразной линии (linea arcuata), что определяет практическую значимость ее изучения. Цель – изучить варианты топографии дугообразной линии

апоневротического влагалища прямых мышц живота. Материалы и методы. Объектами исследования послужили 30 трупов людей обоего пола без признаков патологии передней брюшной стенки, среди которых было 18 (60%) трупов лиц мужского пола, умерших в возрасте $53,8 \pm 11,9$ лет, и 12 (40%) трупов лиц женского пола, скончавшихся в возрасте $51,9 \pm 13,2$ года. Набор материала осуществлялся на базе БУЗ ВО «ВОБСМЭ». Секционное исследование трупов проводили через 10-20 часов от момента констатации смерти, в закрытом помещении с искусственным освещением при температуре воздуха 22°C и его относительной влажности 65-68%. На аутопсии трупов производился забор мышечно-апоневротического слоя медиального отдела передней брюшной стенки с частями костей, к которым прикреплялись прямые мышцы живота. Далее, на подготовленных анатомических препаратах определялась локализация дугообразной линии апоневротического влагалища прямых мышц живота по срединной линии относительно пупочного кольца и верхнего края лобкового симфиза. При статистической обработке результатов исследования определялись среднее арифметическое (M), стандартная ошибка среднего (m), критерии Манна-Уитни (U), Пирсона (?). Различия показателей считались значимыми при доверительной вероятности $p < 0,05$. Результаты и их обсуждение. В исследованном секционном материале дугообразная линия апоневротического влагалища прямой мышцы живота в большинстве случаев ($n=28$; 93%) располагалась ниже пупочного кольца. Среди остальных наблюдений ($n=2$; 7%) в одном случае дугообразная линия определялась на уровне пупочного кольца, а в другом – правая ее часть находилась на уровне пупочного кольца, а левая – на 2,6 см выше него. Полученные данные несколько расходятся с литературными. Так, по данным R.P. Silverman et al. (2004), дугообразная линия хоть и располагается чаще всего ниже пупочного кольца, но в 32,7% отмечается выше его уровня. Кроме того, исследования P.O. Odula et al. (2010) показали, что дугообразная линия в 19,6% отсутствует, однако на изученном материале аналогичных случаев не наблюдалось. Далее установлено, что расстояние от нижнего края пупочного кольца до дугообразной линии апоневротического влагалища прямых мышц живота по вертикальной оси варьировало от 1,9 до 14,0 см и в среднем составило $4,5 \pm 1,2$ см, что сопоставимо с литературными данными. Относительно частей вертикального отрезка, соединяющего нижний край пупочного кольца и верхний край лобкового симфиза, дугообразная

линия чаще всего располагалась в области его верхней 1/3 ($n=14$; 50%), реже – средней 1/3 ($n=10$; 35%), и в некоторых случаях – нижней 1/3 ($n=4$; 15%). Расстояние от нижнего края пупочного кольца до дугообразной линии в случае ее локализации в области верхней 1/3 указанного отрезка составило $2,7 \pm 0,4$ см, средней 1/3 – $4,9 \pm 0,8$ см, нижней 1/3 – $10,2 \pm 1,6$ см. При изучении половых особенностей топографии дугообразной линии апоневротического влагалища прямых мышц живота было показано, что расстояние от нижнего края пупочного кольца до дугообразной линии по вертикальной оси у лиц мужского пола составило $5,4 \pm 0,8$ см, а у лиц женского пола – $3,5 \pm 0,7$ см ($p=0,01$). Относительно частей вертикального отрезка, соединяющего нижний край пупочного кольца и верхний край лобкового симфиза, дугообразная линия у лиц мужского пола чаще всего располагалась в его верхней 1/3 ($n=8$; 53%), а у лиц женского пола – одинаково часто в верхней и средней 1/3 (по $n=6$; 46%). Выводы. 1. Дугообразная линия апоневротического влагалища прямых мышц живота чаще всего располагается ниже пупочного кольца (93%) в области верхней трети отрезка, соединяющего нижний край пупочного кольца и верхний край лобкового симфиза (50%). 2. У лиц мужского пола дугообразная линия апоневротического влагалища прямой мышцы живота относительно пупочного кольца располагается значительно ниже ($5,4 \pm 0,8$ см), по сравнению с лицами женского пола ($3,5 \pm 0,7$ см).

24. Болезни отключенного желудка у пациентов с ожирением, перенесших желудочное шунтирование

*Стрижелецкий В.В., Соловьева М.О.,
Спичакова Е.А., Амеличев А.А.*

Санкт-Петербург

Городской центр комплексного лечения ожирения
и метаболических нарушений, больница святого
Георгия

Бариатрическая хирургия является эффективным способом лечения людей, страдающих ожирением. Все большую популярность в мире приобретают шунтирующие операции, доказавшие свою высокую эффективность. Отключенная часть желудка в послеоперационном периоде представляет трудности для диагностики, хотя является потенциально опасным местом. С 1991г официально зарегистрирован 21 случай злокачественных новообразование после бариатрических процедур. Из них 12 случаев после шунтирующих операций. Были выявлены предикторы злокачественных новообразований, к ним относятся: полипы, GIST, H. pylori, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, метаплазии, эктопия поджелудочной железы, сосудистая эктазия антрального отдела желудка, болезнь Менетрие. При выявлении одного из вышеуказанных изменений следует выбрать другой вариант оперативного лечения или в послеоперационном периоде проводить регулярное плановое наблюдение за отключенной частью желудка. Лечение злокачественных новообразований в этой части желудка должно проводиться согласно стандартам лечения рака желудка. Язвенная болезнь в отключенной части желудка является достаточно редким осложнением. Из 3000 прооперированных пациентов, которым было выполнено желудочное шунтирование по Ру, у 8 (0,3%) в раннем и позднем послеоперационном периодах были диагностированы кровотечения из язв отключенной части желудка и ДПК. Эндоскопическая диагностика язв ДПК и отключенной части желудка значительно затруднена. В 2001 году впервые описали двухбаллонную энтероскопию. Успешная визуализация отключенной части желудка возможна в 85%. С вновь разработанными энтероскопами не исключается терапевтическое вмешательство при продолжающемся кровотечении. В 2002 году была впервые описана

виртуальная КТ-гастроскопия. Однако у больных с продолжающимся кровотечением этот метод не может быть полезным. Описано применение сцинтиграфии с мечеными эритроцитами у пациентки с кровотечением из язвы в отключенной части желудка. Самым надежным методом в экстренной ситуации у больных с продолжающимся кровотечением остается диагностическая лапароскопия или лапаротомия с интраоперационной эндоскопией через гастростому. Объем оперативного лечения у больных с продолжающимся кровотечением из язв в отключенной части желудка зависит от конкретного клинического случая и остается на усмотрение хирурга. Дилатация отключенной части желудка - очень редкое осложнение после шунтирующих операций и является, как правило, синонимом обструкции билиопанкреатической петли. Частота этого осложнения составляет 0,3%-0,6%. На рентгенограмме и на компьютерной томограмме в этом случае можно выявить увеличенный отключенный желудок, заполненный жидкостью. Больному в экстренном порядке должна быть выполнена лапаротомия или лапароскопия, с целью декомпрессии, выявления и устранения возможных причин дилатации. В 1999 было описано такое осложнение, как желудочно-желудочный свищ у 49% больных, что связано с формированием, так называемой степлерной перегородки, без рассечения желудка. Даже учитывая современные подходы и технологии, частота этого осложнения 3-6%. Существуют две теории формирования свищей между «малым желудком» и отключенным желудком: первая - это техническая интраоперационная ошибка, вторая - несостоятельность степлерной линии. До недавнего времени лечение желудочно-желудочных свищей было только хирургическим, но стало появляться все больше сообщений об эндоскопическом закрытии этих свищей. Учитывая отсутствие привычного эндоскопического доступа в ДПК после шунтирующих операций на желудке, имеет большое значение проблема холедохолитиаза, частота которого после шунтирующих операций составляет 0,4%. Основными методами лечения таких больных являются открытая или лапароскопическая трансабдоминальная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография или открытая ревизия холедоха, также возможна ретроградная энтероскопия с РХПГ, ЭПСТ и литоэкстракцией.

25. Опыт хирургического лечения циркулярной язвы гастроэнтероанастомоза у пациента после мини-гастрошунтирования

*Стрижелецкий В.В., Соловьева М.О.,
Спичакова Е.А., Макаров С.А.*

Санкт-Петербург

Городской центр комплексного лечения ожирения
и метаболических нарушений, больница святого
Георгия

Желудочное шунтирование с одним анастомозом (мини-гастрошунтирование) становится все более популярной операцией среди бариатрических хирургов. Однако ряд поздних послеоперационных осложнений, таких как пептические язвы гастроэнтероанастомоза, требуют дальнейшего изучения и определения тактики лечения. Больному С. 40 лет 25.10.2016г. было выполнено лапароскопическое желудочное шунтирование с одним анастомозом. На момент операции вес 210 кг, рост 197 см, ИМТ 54,1. Во время операции на передней стенке желудка выявлено субсерозное образование – удалено. Гистологическое заключение: Морфологическая картина образования может соответствовать GIST. В послеоперационном периоде больной не однократно лечился в стационарах города по поводу язвы анастомоза. Важно заметить, что пациент не соблюдал рекомендации по питанию и медикаментозной терапии, употреблял алкоголь, не воздерживался от курения. Тест на *H. Pylori* положительный. Проведена эрадикационная терапия. В декабре 2017г. пациент повторно доставлен сотрудниками скорой помощи в стационар с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. При ФГДС была выявлена гигантская циркулярная язва гастроэнтероанастомоза с признаками продолжающегося кровотечения, выполнен эндоскопический гемостаз. Через 16 часов - рецидив кровотечения, были установлены показания к экстренному оперативному лечению. Интраоперационно: в области гастроэнтероанастомоза выявлен язвенный инфильтрат размером 5x4 см, пенетрирующий в переднюю стенку отключенной части желудка. Выполнена лапароскопическая резекция анастомоза, с реконструкцией в желудочное шунтирование по Ру. Учитывая частичную пенетрацию язвы в отключенную часть желудка и

GIST в анамнезе, а также с целью удаления гастринпродуцирующей зоны, больному выполнено удаление отключенной части желудка. Больной выписан на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. Частота пептических язв анастомоза у больных после желудочного шунтирования по разным данным варьирует от 1 до 16% (в среднем 5-6%). Точный механизм образования язв у таких больных не известен, однако большая роль в литературе уделяется применению НПВС, употреблению алкоголя, табакокурению, а так же несоблюдению рекомендаций по приему ингибиторов протонной помпы. В настоящее время нет убедительных доказательств связи между появлением пептической язвы и инфицированием *H. Pylori*. Однако полностью отрицать влияние *H. Pylori* на язвообразование у данной группы пациентов нельзя. Поэтому эрадикация рекомендуется всем пациентам с позитивным тестом на *H. Pylori* перед операцией. По данным литературы 75% пациентов, у которых диагностирована язва анастомоза, были курильщиками. Консервативное лечение пептических язв заключается в назначении блокаторов протонной помпы на 3-6 месяцев с периодическим эндоскопическим контролем. Резистентные к консервативной терапии пептические язвы связаны, как правило, с большим размером "малого желудка" или наличием у пациента желудочно-желудочного свища. Так же, у этой группы пациентов, обязательно должен быть исключен синдром Золингера-Элисона. Доказано, что чем больше "малый желудок", тем больше кислотность в этой части желудка, и, как следствие, более агрессивное воздействие на слизистую тонкой кишки. Больные с язвами гастроэнтероанастомоза, не поддающимися консервативной терапии в течение 6 месяцев, нуждаются в повторной операции. Объем оперативного лечения зависит от конкретного клинического случая и остается на усмотрение хирурга. Должны быть учтены все возможные причины образования язв, вредные привычки и способность больного выполнять рекомендации. Как правило, операция состоит из резекции и реконструкции гастроэнтероанастомоза, с парциальной или полной резекцией отключенной части желудка. Важность резекции антрального отдела желудка с целью удаления гастринпродуцирующей зоны дискуссионна и, также, остается на усмотрение хирурга.

26. Послеоперационное наблюдение за пациентами после эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО)

Деркачев С.Н., Пахомов Е.А., Ремезов А.В.

Санкт-Петербург

СПбГУ Клиника высоких медицинских технологий
им. Н.И. Пирогова

Цель: эндовенозная лазерная абляция (ЭВЛО) несостоятельных магистральных вен была выбрана как минимально инвазивная альтернатива обычной хирургии варикозного расширения вен. Этим способом у нас пролечено около 3000 пациентов. Мы предлагаем следующую тактику послеоперационного ведения этих больных. Метод: В период с декабря 2014 года по декабрь 2017 года в нашей клинике путем эндовенозной лазерной облитерации выполнено 2986 операций у 2654 больных. Среди них 1884 (71%) женщины и 770 (29%) мужчины. Мы использовали диодный лазер с длиной волны излучения 1470 нм. Процедура выполнялась под тумесцентной местной анестезией на 0,05% раствора Лидокаина и под контролем дуплексного сканирования. Кроме того, если это было необходимо выполнялась мини-флебэктомия или пенная склерооблитерация притоков магистральных вен. Антикоагулянтная терапия использовалась в качестве профилактики только для тех пациентов, у которых был высокий риск тромбоза. Результаты: сразу после вмешательства все пациенты имели постоянную эластическую компрессию на оперированной нижней конечности в течение 72 часов. Использовали компрессионный трикотаж второго класса. В течение 2-3 недель рекомендуем ежедневное использование компрессионного трикотажа за исключением времени для приема душа и сна. Компрессионный трикотаж помогает формировать посткоагуляционный тромб, снизить риск парафлебита и флебита притоков, уменьшить послеоперационный дискомфорт и является профилактикой тромбоза глубоких вен. Мы настоятельно рекомендуем ходить в течение 90-120 минут сразу после операции, не стоять и не сидеть; в последнее время непрерывная ходьба заменяется периферической пневмокомпрессией. Боль после операции мы наблюдали у пациентов, у которых ЭВЛО сочеталась с минифлебэктомией. Боль хорошо купировалась приемом НПВП, достаточно однократного приема нестероидного анальгетика.

Первый осмотр пациента после ЭВЛО происходит через 1-2 дня. Мы исследуем ствол коагулированной подкожной вены и состояние сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустья. В облитерированной вене тока крови не должно визуализироваться. Если кровоток по вене не прекратится через 2-3 недели, мы повторяем процедуру или выполним пенную склерооблитерацию. В начале освоения методики мы визуализировали пролапс тромба в бедренной / подколенной вене. Этот пролапс развивается после неправильного позиционирования лазерного волокна (торцевого), когда рабочий конец волокна расположен слишком проксимально в соустье. Никаких дополнительных назначений мы не делали, при динамическом наблюдении в течение 1-2 недель тромб регрессировал, ультразвуковая картина соответствовала обычной послеоперационной. Критерии успешного воздействия при дуплексном сканировании: 1 неделя - несжимаемые магистральные стволы большой или малой подкожных вен с толстыми экзогенными стенками; отсутствие кровотока в просвете сосуда в соответствии с цветовым отображением. Через 3-6 месяцев магистральные вены полностью закрыты со значительно уменьшенным диаметром (не менее 50%). Через 1 год и позже - полное отсутствие магистральных вен или минимальной остаточной полосы соединительной ткани без признаков кровотока. Стандартом для оценки пациентов после ЭВЛО является контрольный клинический осмотр через 1-2 дня и 1 месяц после процедуры, затем 3, 6 и 12 месяцев. В последующем осмотры пациентов выполняются ежегодно. Во время наблюдения у нас не было случаев тромбоза глубоких вен в раннем послеоперационном периоде. Выводы: ЭВЛО - это минимально инвазивное, безопасное и эффективное лечение варикозных вен с минимальным риском развития тромбоза глубоких вен. Существенным требованием является строгое выполнение алгоритма послеоперационного лечения.

27.Периоперационное применение автоматической перемежающейся пневмокомпрессии при лечении варикозной болезни класса С4-5

Деркачев С.Н., Пахомов Е.А., Ремезов А.В., Щербак М.С.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет. Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова

При венозной недостаточности нижних конечностей в стадии развития трофических нарушений С4-5, применение комплексного подхода в лечении (предусматривающего миниинвазивное оперативное вмешательство, использование компрессионного трикотажа, а также прием флеботропных препаратов), приводит к значительному улучшению состояния тканей нижних конечностей и удовлетворенности пациентов результатами лечения. В то же время возникает желание ускорить процесс лечения и получения положительного результата. Наиболее актуально решение этой задачи у пациентов с ограниченной подвижностью, имеющих артрозы нижних конечностей, что делает невозможным выполнение рекомендаций по ведению активного образа жизни. В течение дня такие пациенты в основном проводят в положении стоя или сидя. Это усугубляет функциональную венозную недостаточность и проявления ХВН, что замедляет лечение. Цель: оценить роль применения автоматической перемежающейся пневмокомпрессии (АППК) в комплексном лечении пациентов с ХВН класса С4-5. Методика: В период с января 2016 года по декабрь 2017 года в клинике КВМТ им. Н.И. Пирогова пролечено 62 пациента с ХВН класса С4-5. Из них 32 пациента с ограниченной подвижностью, связанной с наличием у них кокс-и/или гонартроза. У 23 пациентов диагностирован класс С4а, у 20 — С4b, у 19 — С5. У 30 пациентов (С4а — 12, С4b — 11, С5 - 7) в комплексе мер по лечению явлений ХВН применялся 10-дневный курс АППК в режиме 5 дней до операции и 5 дней после операции на венах нижних конечностей продолжительностью до 1,5 часа на одну процедуру. Использовался аппарат LeadCareLC600S, в режиме «лимфодренаж», со скоростью перемежания 3, средним максимальным давлением в манжетах — 160 мм рт.ст. (подбиралось максимально комфортное для

пациента). В качестве хирургического компонента комбинированного лечения выполнялась ЭВЛО магистральных вен (БПВ — 52, МПВ - 10). Использовался диодный лазер, 1470 нм. Операция выполнялась по стандартной методике радиальным световодом. Сразу после операции применялась аппаратная перемежающаяся пневмокомпрессия в течение 3 часов. В качестве компрессионной терапии использовался трикотаж 2-го класса в виде чулков. Размеры чулков для постоянного ношения подбирались в день операции, что связано с уменьшением окружности голени из-за снижения отеков, по сравнению с периодом до начала лечения. В течение 3 недель, трикотаж носился ежедневно за исключением приема душа и времени сна. Осмотры, с дуплексным исследованием вен нижних конечностей, производились в 1-е, 5-7, 12-14-е сутки и через 1,5-2 месяца. Результаты: У пациентов, которым проводился 10-дневный периоперационный курс АППК, наблюдался более быстрый регресс отеков голени, комфортное послеоперационное течение, незначительность болевых ощущений в зоне операции. Уменьшение окружности голени на уровне лодыжки в среднем составила 2,8 см за 10 дней (у пациентов без АППК - 1,9 см). Субъективное ощущение уменьшения плотности тканей пациенты с периоперационной АППК начинали отмечать в среднем через 10 дней, без него — через 15 дней. Ни у одного пациента не выявлено признаков ЭВЛО индуцированных тромбозов глубоких вен. Выводы: Периоперационное применение курса автоматической перемежающейся пневмокомпрессии в комплексном лечении пациентов с ХВН в стадии трофических нарушений С4-5 повышает эффективность и сокращает сроки лечения. Наиболее актуально это для пациентов с ограниченной подвижностью. Использование этого метода сразу после операции ЭВЛО магистральных вен у этой группы больных может являться дополнительным профилактическим мероприятием ЭВЛО индуцированных тромбозов.

28. Программа маршрутизации медицинской помощи пациентам с хирургическими инфекциями

Галимзянов Ф.В.

Екатеринбург

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

Цель. Показать возможности внедрения программы маршрутизации пациентов с хирургической инфекцией при этапном оказании медицинской помощи. Материал и методы. Разработана программа маршрутизации (приказ МЗ Свердловской области от 29.12.1012 г. № 1566 - П) для пациентов с хирургическим сепсисом, по которой по согласованию со специалистами территориального центра медицины катастроф (ТЦМК), они перегоспитализируются в ГБУЗ СО "СОКБ N 1". О всех больных, нуждающихся в релапаротомии или реторакотомии, подаются сведения диспетчеру ТЦМК и дальнейшая тактика лечения этих пациентов согласовывается со специалистами. Пациенты со сформированными и несформированными кишечными свищами, с хронической гнойной инфекцией, с гнойными заболеваниями мягких тканей, костей и суставов всех локализаций, требующие оказания специализированной медицинской помощи, в плановом порядке направляются в консультативно-диагностическую поликлинику. Основные направления практической и научной деятельности осуществляются совместно с кафедрой хирургических болезней. На кафедре внедрена система этапного обучения курсантов-хирургов, обучение предполагает овладение теоретическими знаниями и практическими навыками исходя из современных подходов к лечению, особенно, пациентов с хирургической инфекцией. Первое направление – обучение на рабочем месте путем регулярных консультаций по телефону и посредством телеконференций. Второе направление – обучение на хирургических клубах РОХ, которые проводятся 1 раз в 3 месяца. Третье направление – непосредственное обучение на клинических базах кафедры. Здесь формируются профессиональные умения и практические навыки в соответствии с программой обучения. Приоритетное направление деятельности отделения гнойной хирургии на 35 коек при

кафедре хирургических болезней в составе многопрофильной больницы на 1200 коек - оказание высококвалифицированной лечебной помощи больным хирургической инфекцией с применением высокоэффективных медицинских технологий, включая этапную тактику ведения больных. Первичные оперативные вмешательства, как правило, выполняются по месту жительства в условиях ЦГБ и ММЦ. В многопрофильный стационар переводятся больные при неэффективности лечения, с тяжелой сопутствующей патологией. Это пациенты с раневой инфекцией при критической ишемии конечностей; хирургической инфекцией мягких тканей и сепсисом; острым панкреатитом в фазе секвестрации; разлитым перитонитом и сепсисом; нагноением ложа сосудистого протеза и послеоперационными нагноениями с раневым сепсисом; медиастинитом. При хирургической обработке для санации гнойных ран имеется возможность использовать струю аргоновой плазмы, также дополнять хирургическую обработку ультразвуком, разработанным и изготовленным компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург). При остром панкреатите тяжелой степени тяжести, как правило, помощь пациентам в 1 фазу острого панкреатита (очаговом и распространенном некротизирующем панкреатите, в стадии шока) оказывается в хирургических отделениях лечебно-профилактических учреждений по месту возникновения случая. Пациенты с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести (некротизирующим панкреатитом) после стабилизации состояния в стадии перипанкреатического инфильтрата переводятся в межмуниципальные медицинские центры для выполнения компьютерной томографии и продолжения консервативного лечения. Обязательным является мониторинг пациентов в "Территориальном центре медицины катастроф Свердловской области". В стадии гнойных осложнений (2 фаза клинического течения), при верификации одиночного абсцесса сальниковой сумки либо парапанкреатической клетчатки оперативное лечение выполняется на базе хирургического отделения межмуниципального медицинского центра. В случае выявления у пациента множественных гнойных затеков, либо отсутствия эффекта после вскрытия одиночного абсцесса, показан перевод в "СОКБ N 1" после консультации заведующим отделением гнойной хирургии. При перитонитах в соответствии с маршрутизацией больных хирургической инфекцией также установлен регламент оказания медицинской помощи. Пациенты с по согласованию

со специалистами ТЦМК переводятся в "СОКБ N 1" или находятся на мониторинге у специалистов ТЦМК, дальнейшая тактика лечения этих пациентов согласовывается со специалистами "СОКБ N 1".
Заключение. Пациенты с хирургической инфекцией в связи с широкой распространенностью этой патологии являются важной медико-социальной и экономической проблемой для здравоохранения. Одним из основ ее успешного решения может быть как этапное ведение пациентов в соответствии с едиными методологическими принципами, так и совместные действия врачей различных специальностей на диагностическом, лечебном и реабилитационном этапах.

29. Опыт в лечении осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки

*Тимербулатов Ш.В. (1), Гайнуллина Э.Н. (1),
 Ахмеров Р.Р. (2)*

Уфа

1) ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет", 2) ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) относится к числу частых заболеваний и достигает 30% и более среди всей популяции, а у лиц старше 70 лет встречается в 40%. До настоящего времени нерешенными остаются вопросы профилактики ДБОК, особенно рецидивов дивертикулита, осложнений заболевания. Разноречивые мнения исследователей относительно целесообразности планового хирургического лечения, хирургической тактики при повторных атаках острого дивертикулита и др. Целью исследования был ретроспективный анализ результатов лечения больных с осложненными формами ДБОК за 10-летний период наблюдения. Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 640 больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, находившиеся в колопроктологическом отделении клиники хирургии с курсом колопроктологии и хирургии с курсом эндоскопии ИДПО БГМУ с 2005 по 2015 годы. Все больные госпитализированы в экстренном порядке по направлениям врачей скорой

медицинской помощи, амбулаторного звена или переведены из стационаров без специализированного отделения данного профиля. Среди них мужчин 35%, женщин 65%. По возрасту, до 30 лет 0,1%, 31-40 - 6,7%, 41-60 - 42,6%, 61-70 - 30,3% и старше 70 - 20,1%. 529 больным (82,66%) проведено консервативное лечение, хирургическое - 111 (17,34%) больным. Острый дивертикулит выявлен у 384-60%, перидивертикулярный инфильтрат - 76-11,89%, перидивертикулярный абсцесс - 45-7,08%, кишечное кровотечение - 96-15,07%, перфоративный дивертикулит - 32-4,96%, острая кишечная непроходимость - 7-1,09% больных. В обследовании использованы общеклинические, лабораторные, рентгенологические (Р-графия ОБП, КТ, МРТ, ирригософия), УЗИ, эндоскопические (РРС, ФКС), видеолапароскопия, БХ-методы (СРБ, прокальцитонина, лактата крови), мониторинг ВБД.
Результаты и обсуждение. Диагностика и лечебная тактика при осложненной ДБОК основывались на разработанных протоколах оказания неотложной хирургической помощи. Использовалась классификация Hinchey Е.Ј. (1978), в соответствии с которой I степень перфоративного дивертикулита была у 76 больных, II степень у 111, III степень - 103 и IV степень у 26 больных. При сомнительных случаях (n=123-32,03%) при остром дивертикулите после УЗИ выполняли диагностическую лапароскопию. Комплекс консервативной терапии включал внутривенную антибиотикотерапию, пероральный приём жидкости не ограничивали, до 26,01% больных этой группы в течение 18 месяцев госпитализировали повторно с рецидивом, но с более тяжёлыми осложнениями, 17,99% - более двух раз. Из 76 больных с перидивертикулярным инфильтратом 4 (5,26%) ввиду безуспешности консервативной терапии выполнено хирургическое лечение (3-резекция сигмовидной кишки, 1-левосторонняя гемиколэктомия). Перидивертикулярный абсцесс, в зависимости от локализации дивертикула по периметру толстой кишки и ее анатомического отдела, делят на 3 варианта: 1-внутрибрюшной, 2-внутрибрыжеечный и 3-забрюшинный. При 1 варианте абсцесс вскрывали видеолапароскопическим способом под контролем лапароскопа и накладывали колостому - 21 больному. При 3 варианте тактика зависела от объема гнояника. При диаметре до 7 см проводили чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ (n=10), более 7 см - из минилюмбального доступа, либо доступа Пирогова-Кромптона (n=12). После дренирования накладывали проксимальную колостому. Экстериоризацию перфорированного сегмента с

формированием колостомы (n=12), при технических сложностях выполняли резекцию по типу операции Гартмана (n=20). При наличии синдрома интраабдоминальной гипертензии (3-4 стадии), необходимости в послеоперационных санациях, накладывали только кожные швы. Лапаростома устранялась по купированию перитонита, интраабдоминальной гипертензии, обычно после 2 или 3 санации брюшной полости. Кровотечения только в 9,38% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, в диагностике использовали ирригографию и ФКС. У 5 (5,21%) ирригография позволила добиться гемостаза при продолжительном кровотечении. 15 больным выполнена резекция сегмовидной кишки, 3-левоторонняя гемиколэктомия, 2-субтотальная резекция ободочной кишки. В экстренном хирургическом лечении нуждалось 20,8% (n=20), консервативно эффективна в 79,17%. Острая кишечная непроходимость из 7 пациентов консервативно разрешилась у 2. Остальным выполнена экстренная лапаротомия, интраоперационная декомпрессия тонкой и толстой кишки. Чаще операции заключались в резекции толстой кишки с колостомией. Заключение. Консервативное лечение эффективно у 82,66%, в экстренной хирургической помощи нуждаются 17,34% больных. Первичные резекции выполнены 21,17%, 32,9% возникли осложнения, несостоятельность анастомоза у 9,2%. У оперированных больных выполнялись вынужденные двухэтапные хирургические вмешательства 78,83%. Послеоперационная летальность – 8,95%.

30.Амбулаторная хирургия сегодня

Сваровски Е.Е., Муха А.В.

Москва

ГБУЗ "Поликлиника №201" ДЗМ

Основой создания и развития амбулаторной хирургии (АХ) стали современная высокотехнологичная хирургия и легко управляемая анестезия, позволяющая быстро вывести пациента из наркоза. Сочетание этих компонентов сделало возможным значительно сократить

продолжительность хирургических операций и послеоперационного периода. Опыт практического применения АХ позволил выявить целый ряд преимуществ этого нового раздела хирургии. Основные преимущества АХ, это прежде всего, снижение осложнений, в том числе, инфекционных. Амбулаторная хирургия делает возможным более тесный контакт пациента со своим лечащим врачом. В крупных хирургических стационарах в лечении пациента принимает участие большое количество врачей, что создает у него представление об обезличенности лечения. Одной из главных составляющих организации успешной работы АХ это отбор пациентов для выполнения амбулаторной операции. Противопоказания для проведения амбулаторных операций - относительные противопоказания; длительность операции превышает 2 часа; при возможности развития значительной кровопотери или потери других жидкостей организма; появление в послеоперационном периоде интенсивных болей в области операционной раны, которые нельзя будет устранить приемом анальгетиков per os или per rectum; наличии длительной предшествующей лекарственной терапии, которая увеличивает риск развития сердечных и легочных осложнений; психологической нестабильности; отсутствие взрослых лиц в квартире у пациента, перенесшего амбулаторную операцию. Абсолютные противопоказания: ожирение; выраженная форма ночного апноэ; лабильный сахарный диабет; ХОБЛ; тяжелая астма; эпилепсия; алкогольная зависимость. Амбулаторная анестезия, имеющая свои особенности, быстро совершенствуется и становится значительной частью общей анестезии, имеется большое количество печатных и электронных руководств и журналов по этой проблеме. Пациенты покидают отделение обычно через 2 часа после окончания операции. Применяются следующие виды анестезии – местная, региональная. После выхода из наркоза ряд параметров контролируют с интервалом в 15 минут в течение первых 4 часов после операции и через 30 минут до выписки из центра. Контроль выхода из анестезии осуществляется на основе различных диагностических шкал. Важным элементом амбулаторной хирургии является контроль состояния пациентов после ухода из отделения. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов могут появиться однотипные осложнения - боли в послеоперационной ране, кровотечение или расхождение раны, резкое повышение температуры тела, а в более позднем периоде развиться инфекционные осложнения. Поэтому пациент и его родственники должны быть

хорошо информированы о признаках осложнений и в случае необходимости уметь оценить риск осложнений и иметь возможность быстро сообщить об их возникновении лечащему врачу. Высокая эффективность лечения, меньшее количество послеоперационных осложнений и меньшая стоимость медицинских услуг, будут способствовать дальнейшему росту количества АХ и увеличению выполненных в них операций.

31. Принципы современного подхода в лечение доброкачественных новообразований кожи в условиях амбулаторной хирургии

Муха А.В., Маслов А.О.

Москва

ГБУЗ "Поликлиника №201" ДЗМ

С внедрением в 2017 в отделении амбулаторной хирургии нашей поликлиники методики дерматоскопии (классической поляризационной и неполяризационной) открылись новые возможности диагностики пигментных новообразований кожи. Прежде всего, стало возможным проведение профилактических осмотров пациентов с документацией пигментного образования, и формирование «паспорта кожи, и карты родинок». Стало реальностью проведение динамического контроля всей поверхности кожи пациента, и видеть даже минимальные изменения новообразований. В нашей повседневной работе мы используем следующий алгоритм ведения пациента с новообразованиями кожи: в результате клинического осмотра и расспроса пациента основной момент это динамика и сроки возникновения новообразования, здесь мы используем международную схему «УДАР», У – ускорение роста; Д – диаметр образования; А – асимметрия образования; Р – разноцветность образования. В инструментальной диагностике основное место отводится проведение дерматоскопии новообразования согласно международной классификации доброкачественных пигментных образований кожи предложенной G.Argezano, которая позволяет определить дерматоскопические критерии и характер (доброкачественное или злокачественное)

новообразования. Обязательным в решении вопроса о хирургическом лечении является консультация онколога. При выборе объема и характера хирургического лечения доброкачественных образований кожи отдаем методу с использованием хирургического лазера. Мы используем диодный полупроводниковый лазер отечественного производства, который имеет ряд существенных преимуществ в сравнении с другими методами, а именно: отсутствует кровотечение из раны во время операции, соблюдение онкологических принципов операции, сокращения сроков лечения. В обязательном порядке производится гистологическое исследование всех удаленных новообразований. Классический хирургический способ удаление образований кожи используем при больших размерах новообразования и рекомендаций онколога при невозможности визуальной и инструментальной диагностики характера новообразования кожи, а также при пограничных дерматоскопических индексах и критериях доброкачественности процесса. При необходимости, операция выполняется с применением лазерной методики на этапе иссечения с последующим закрытием раневого дефекта собственными тканями с использованием различных пластических методик. Оперативные вмешательства выполняются с обязательным использованием индивидуальной оптики и принципов микрохирургической техники. Комплексный подход к диагностике, выбору вида и технологии оперативного вмешательства, наряду с инструментальной профилактикой (создания «паспорта кожи и карты родинок»), совместной работе онкологов и морфологов, позволил значительно улучшить качество лечения и раннюю диагностику различных пигментных новообразований кожи, в том числе начальные стадии рака кожи.

32. Опыт лечения новообразований кожи и мягких тканей в условиях отделения амбулаторной хирургии

Муха А.В., Маслов А.О.

Москва

ГБУЗ "Поликлиника №201" ДЗМ

Цель. Оценить возможность эффективности диагностики и хирургического лечения новообразований кожи и ее придатков в условиях отделения амбулаторной хирургии. Материал и методы. В центре амбулаторной хирургии за период с января 2017 года по настоящее время хирургическое лечение проведено у 2617 пациентов, из них новообразования кожи составили 1729, 65,4%. Из них мужчин 631, средний возраст 52 года, женщин 1098, средний возраст 61 год. В диагностический комплекс, входил анализ сроков и динамики новообразования используя международную систему «УДАР» (У-ускорение роста, Д-диаметр образования, А - асимметрия и Д - диаметр и тенденция к росту). Всем пациентам выполнялась дерматоскопия пигментных новообразований. На всех пациентов заводилась «карта родинок» для динамического контроля в течение 3(короткий) и 6(длительный) месяцев совместно с онкологами отделения. Следует отметить, что, несмотря, на проводимый диагностический комплекс, зачастую окончательный диагноз ставится только после морфологического заключения. В этой связи все оперативные вмешательства выполняли соблюдая принципы абластики с обязательным морфологическим исследованием удаленного материала. Результаты. В структуре нозологий кожи оперативное лечение проводилась пациентам с пигментными новообразованиями, которые составили 58,1 % (1003) от общего количества. Основываясь на данные предоперационного обследования, определяли выбор технологии хирургического пособия. Преимущественно использовали хирургический лазерный метод на диодном аппарате отечественного производства, технология которого позволяет соблюдать правило абластики хирургии, в этой группе оперировано 730 (72,0%). При образованиях с широким основанием, больше 1,0 см выполняли классический вариант широкого иссечения с различными вариантами кожной пластики, традиционной линейной, М пластики и билатеральной пластики в зависимости

соответствия линиям Лангера, 164(16%). Комбинированный метод лазерного иссечения с последующей пластикой выполнили у 109, (10%). Травмированные образования кожи удаляли по срочным показаниям преимущественно комбинированным способом. После операции в течение часа больные наблюдаются в палатах дневного стационара, последующие пять суток проводится ежедневный мониторинг состояния раневой поверхности. При анализе локализации новообразований значимых различий в анатомических областях не отмечено. Морфологическая картина удаленных новообразований преимущественно представлена различными вариантами меланоформных невусов 72,1 %. Злокачественные новообразования диагностированы у 25 пациентов, что составило 2,4% от общего количества выполненных операций. Морфологическая структура представлена следующим образом: наибольшее количество составил базальноклеточный рак 15 (14,2) %, далее меланома 6(0,5 %), степень инвазии по классификации Clark W.H. (1969). 2-3; плоскоклеточный 4 (0,4%). Необходимо отметить увеличение тенденции роста злокачественных вариантов в общем пейзаже новообразований кожи. Выводы. Полученные результаты свидетельствуют не только о возможности в условиях отделения амбулаторной хирургии при совместной работе онкологов и морфологов проводить не только полноценное хирургическое лечение доброкачественных новообразований кожи, но и выявлять злокачественный характер на ранних стадиях.

33. Место и роль мануальноассистированной лапароскопической хирургии в многопрофильном стационаре

Куркин А.В., Эктон В.Н., Филипцов А.В.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

При лапароскопических операциях по поводу заболеваний желудка, селезенки, надпочечников, кишечника, поджелудочной железы, печени нередко возникает необходимость конверсии. К

недостаткам тотальной лапароскопии можно отнести: при хорошем обзоре - отсутствие тактильной чувствительности, манипуляции на расстоянии, невозможность временного пальцевого гемостаза, необходимость разреза для удаления больших патологических образований. Минилапаротомия - не позволяет широко осмотреть брюшную полость. При этом комбинации минимально инвазивных методов, дополняя друг друга, позволяют сохранить принцип малотравматичности и избежать недостатки каждого. Один из вариантов такой комбинации – мануальноассистированный лапароскопический доступ. Суммируя преимущества и недостатки ручной ассистенции, реализуем следующие возможности метода: замена кистью 2-3 лапароскопических инструментов; лучшие условия профилактики и контроля массивного кровотечения, возможность использования стандартных марлевых салфеток; использование мануального разреза для удаления крупных новообразований без фрагментации; сохранение в брюшной полости инертной среды углекислого газа в качестве профилактики риска спайкообразования. Так, в 2013-2017 г.г. нами выполнена 81 лапароскопическая операция с использованием ручной ассистенции: 3 эксплантации почки у живого родственного донора; 5 лапароскопических холедохолитотомий с дигитальным извлечением малоподвижного крупного конкремента дистального отдела холедоха, одна из них с наложением холедоходуоденоанастомоза; 10 нефрэктомий с обеих сторон по поводу различных заболеваний почек; 14 адреналэктомий по поводу больших новообразований надпочечников (от 8 до 12 см); 3 проктологических операции (резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколонэктомия); 10 удалений внеорганных забрюшинных опухолей; 11 спленэктомий (размеры удаленных органов до 35x20x15 см); 25 операции по поводу новообразований тела и хвоста поджелудочной железы; 1 операция «конверсии» лапароскопии в мануальную ассистенцию по поводу неконтролируемого кровотечения в полости таза. В тот же период 3 операции энуклеации и 1 резекции хвоста поджелудочной железы, 7 клиновидных и сегментарных резекций печени по поводу небольших доброкачественных опухолей выполнены посредством тотальной лапароскопии. В 9 случаях удаление забрюшинных внеорганных кист размерами до 20 см также производилось без ассистенции, так как для извлечения оболочки кисты после эвакуации содержимого не требовался разрез. Мануальный доступ производили в нескольких стандартных проекциях. В 2017 году

впервые использовали единый субксифоидальный мануальный разрез для двухсторонней нефрэктомии. Все операции выполнены с участием одного ассистента. Отказ от хэндпорта позволил уменьшить лапаротомию с 8 см до 6-7 см (диаметра запястья). В двух случаях потребовалась конверсия в результате кровотечения. Один пациент умер на 4 день от острого инфаркта миокарда. Остальные пациенты выписаны через 7-10 дней после операции. 17 наблюдались в сроки от 3 до 18 месяцев: в одном случае отмечено развитие вентральной грыжи в зоне минилапаротомии (1,2%), у одного больного выявлен рецидив рака поджелудочной железы после резекции хвоста органа. Выводы: Лапароскопический доступ с мануальной ассистенцией расширяет возможности троакарной лапароскопии для удаления значительных объемов тканей при трудностях диссекции и высоком риске кровотечения из крупных сосудов. Для операций на органах верхне-левого квадранта брюшной полости рациональна стандартная минилапаротомия для кисти в субксифоидальной области. Возможно использование единого срединного мануального доступа для одномоментного билатерального удаления парных органов (почек, надпочечников). Компромиссный характер мануальной ассистенции предполагает возможность ее использования в качестве обучающего этапа в период освоения лапароскопической техники. Требуется обсуждения термин «миниинвазивная (мануальная) конверсия».

34. Вариант алгоритма в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни

Куркин А.В., Эктов В.Н., Филиппова Л.А., Назаренко Б.В., Башарин Н.Ю.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

До сих пор наиболее актуальным осложнением желчнокаменной болезни считается холедохолитиаз, как по частоте возникновения, так и по этиологическому влиянию на развитие других осложнений. За время использования эндовидеохирургического оборудования с 1994 по

2017 год в Воронежской ОКБ №1 хирургическая помощь оказана 15128 больным с желчнокаменной болезнью. Из них у 4 667 пациентов калькулезный холецистит сочетался с холедохолитиазом. Рубцовая стриктура дистального отдела холедоха на фоне холедохолитиаза отмечена в 55% случаев, в 45% - для восстановления желчной проходимости папиллотомия не требовалась. Отказу от ЭРХПГ способствовало применение МРТ-холагиографии, эндосонографии, интраоперационного УЗИ. Но даже в отсутствии оснащения для литоэкстракции через культю пузырного протока, лазерной литотрипсии во время лапароскопической операции, тактика ограничения показаний к ЭРПХГ и ЭПСТ дает реальный положительный эффект. Нами разработан следующий лечебно-диагностический алгоритм. При выявлении анамнестических проявлений протоковой патологии и нормальных данных чрескожного УЗИ больному планировалась лапароскопическая холецистэктомия с ИОУЗИ. Если транскутанное УЗИ в предоперационном периоде выявляло гиперэхогенные включения в просвете гепатикохоледоха, либо только его расширение более 10мм - больным назначалась МРТ-холангиография или эндосонография. При подтверждении патологических данных мы выполняли пациентам ЭПСТ с попыткой литоэкстракции, иногда повторно. При размерах конкрементов, превышающих диаметр дистального отдела холедоха, вмешательство дополнялось механической литотрипсией. Эффективная холедохолитозэкстракция позволяла вторым этапом выполнить лапароскопическую холецистэктомию. При неудавшейся литоэкстракции крупных одиночных конкрементов производили лапароскопическую холедохолитотомию. Если ЭПСТ была неадекватна или невыполнима из-за наличия протяженной рубцовой стриктуры дистального отдела холедоха, парафатерального дивертикула или крупных, фиксированных холедохолитов, использовали холедохолитотомию с наложением билиодигестивного анастомоза из минилапаротомии, либо традиционным доступом. В 5 случаях малоподвижных конкрементов выполнена холедохолитотомия с мануальной ассистенцией. При выявлении билиарной гипертензии только во время операции ЛХЭ производили ИОУЗИ. При обнаружении единичных холедохолитов более 5 мм – производили лапароскопическую холедохолитотомию. Наличие в протоке множественных конкрементов или рубцовой стриктуры дистального отдела холедоха предопределяло использование ретроградной ЭПСТ либо интраоперационно, либо вторым этапом после ЛХЭ с дренированием по Холстеду. При

наличии ограниченной дистальной стриктуры (папиллостеноза) без холедохолитиаза выполняли антеградную папиллосфинктеротомию через культю пузырного протока, либо баллонную дилатацию. Если холедохолитиазу сопутствовала рубцовая стриктура более 2см, то производили конверсию в минилапаротомию для наложения билиодигестивного анастомоза. Если мелкий холедохолитиаз (1-4 мм) или протоковый сладж не сопровождался сужением дистального отдела холедоха, ЛХЭ ограничивали дренированием по Холстеду и в послеоперационном периоде проводили внутрипротоковый лаваж с использованием раствора гепарина. Неотложные ситуации, связанные с тяжелой степенью механической желтухи или острым холециститом на фоне выраженной сопутствующей патологии, предопределяли использование первым этапом лечения чрескожную чреспеченочную холангио- или холецистостомию под ультразвуковым контролем. После разрешения острых явлений и уточнения протоковой патологии применялась ранее описанная малоинвазивная хирургическая тактика, что касается, в том числе, и постхолецистэктомического синдрома. Подобный подход позволил уменьшить процент выполнения ЭРХПГ (с возможными осложнениями) при желчнокаменной болезни в два раза, отказаться от лапаротомии у 88 % больных и добиться полного излечения холецистохоледохолитиаза в 96,8% случаев.

35. Опыт применения сетчатых протезов анатомической формы в лапароскопической хирургии паховых грыж

Гаар Е.В. (1), Проценко Д.С. (1), Гаар В.Г. (2)

Киров

1. НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО РЖД2. Кировский государственный медицинский университет

Введение. Ненатяжные методики герниопластики уже давно занимают ведущее место в оперативном лечении паховых грыж в мировой практике. Лапароскопическая герниопластика, являющаяся разновидностью таких методик, все более широко

применяется хирургами и на сегодняшний день занимает второе место в структуре операций при паховых грыжах в Европе. Стремление хирургов к совершенствованию техники операций и возрастающий интерес фирм-производителей сетчатых протезов к проблемам лапароскопической герниопластики привело к появлению нового вида конструкций - сеток анатомической формы. Цель работы: Оценка предварительных результатов применения сеток анатомической формы при лапароскопических операциях по поводу паховых грыж, сравнение их с ранее применяемыми сетками обычной формы («плоскими» сетками). Материал и методы: В хирургическом отделении НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст Киров в период с января 2016 по июнь 2017 года выполнено 20 лапароскопических герниопластик по поводу паховых грыж с использованием имплантов анатомической формы. Мы пользовались эндопротезами двух различных производителей: Parietex* Anatomical ТЕСТА фирмы Covidien и 3DMax Light фирмы BARD. Конфигурация этих сеток повторяет форму подвздошно-паховой области, соответственно есть правые и левые сетки. Все пациенты были мужчины, возраст их варьировал от 27 до 65 лет. У трех пациентов паховые грыжи были двусторонние. Результаты и обсуждение: Основные этапы операций были стандартными, как и при использовании сеток других типов. После рассечения и отслоения брюшины в области внутреннего пахового кольца на стороне грыжи, грыжевой мешок отделялся от элементов семенного канатика и вправлялся в брюшную полость. Далее в брюшную полость через 10-мм троакар вводилась сетка, свернутая трубочкой на мягком кишечном зажиме. При этом следует отметить более высокую жесткость сетки 3DMax Light, благодаря чему она быстрее принимала свою изначальную конфигурацию. При размещении в подвздошной ямке с соответствующей стороны сетки анатомической формы идеально прилегали к мышечным и костным образованиям этой области. Удобным элементом этих сеток является небольшая желобоватая выемка в нижней их части, окаймляющая подвздошные сосуды. Несмотря на то, что производители сеток 3D конфигурации декларируют возможность размещения их в предбрюшинном пространстве без дополнительной фиксации, мы решили не отказываться от этого этапа операции. Фиксация сетки выполнялась герниостеплером. Для сеток анатомической формы использовалось не более 3-х клипс. Фиксация плоской сетки 10?15 требовала 8 – 10 клипс. Среднее время операции с применением сеток анатомической формы составило 75 минут, что на 20

минут меньше среднего времени лапароскопической герниопластики с применением сетки 10?15 см «Ультрапро». Следует отметить, что лапароскопическая герниопластика по поводу паховых грыж выполняется в нашей клинике с 2015 года. В связи с этим 2016 год мы считаем годом освоения методики в целом, с чем связана достаточно большая длительность операций. Выводы: 1. Сетки анатомической формы удобны в применении и значительно облегчают хирургу этап операции, связанный с размещением протеза в предбрюшинном пространстве паховой области 2. Данные сетки позволяют использовать значительно меньшее количество клипс эндогерниостеплера по сравнению с плоскими сетками 3. Вышеуказанные моменты позволяют значительно сократить время выполнения лапароскопической герниопластики. Таким образом, несмотря на довольно высокую стоимость сетчатых эндопротезов анатомической формы, применение их при лапароскопической герниопластике паховых грыж является оправданным и весьма перспективным.

36. Сравнение активной хирургической и консервативной тактики на результаты лечения пострадавших с глубокими ожогами лица, сочетающихся с поражением других областей

*Бутрин Я.Л., Чмырёв И.В., Скворцов Ю.Р.,
Петрачков С.А.*

Санкт-Петербург

Кафедра термических поражений, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
г. Санкт-Петербург

Актуальность. По данным ВОЗ в мирное время ожоги занимают третье место среди всех травм. Ожоги лица составляют 18-20% от всех локализаций ожогов. 20% из них составляют глубокие ожоги лица. В современных военных локальных конфликтах ожоги составляют 1,5-4% от всех санитарных потерь. В 67,7 % случаях встречаются ожоги лица, из которых 5,5% составляют глубокие ожоги. В настоящее время при лечении пострадавших с глубокими ожогами «золотым» стандартом считается ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. Однако при

лечении глубоких ожогов лица в большинстве случаев применяется консервативная тактика лечения. Несмотря на небольшую площадь (3,12%), в данной области тела сконцентрированы функционально важные органы, поэтому техническое осуществление ранней некрэктомии на лице достаточно сложно, а до недавнего времени вообще было не возможно. С появлением современного оборудования возможности хирургов выросли. У пострадавших с глубокими ожогами лица, сочетающихся с термическими поражениями других областей, все чаще стала применяться активная хирургическая тактика целью которой является предотвращение развития инфекционных осложнений, достижение более лучших функциональных результатов. Однако чаще всего термические поражения других областей являются определяющими в тактике лечения, при этом почти всегда наблюдается дефицит донорских ресурсов. Цель. Сравнить влияние активной хирургической и консервативной тактик лечения у пострадавших с глубокими ожогами лица, сочетающимися с ожогами других областей, на летальность, функциональные результаты и определить оптимальные подходы к лечению. Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 107 пострадавших (79 мужчин и 28 женщин) в возрасте 18 – 60 лет с глубокими ожогами лица, сочетающихся с ожогами в других областях тела. Все больные получали лечение в клинике термических поражений Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 2000 по 2016 год. Пациентов распределили на три группы. Первую группу (21) составили больные с ожогами двух и более анатомических областей тела, включая лицо, которым выполняли раннюю некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой. Вторую группу составили пострадавшие с термическим поражением двух и более анатомических областей тела, включая лицо, которым проводили консервативное лечение глубоких ожогов лица с последующей аутодермопластикой гранулирующих ран и применяли активную хирургическую тактику в отношении остальных областей поверхности тела. В третью группу вошли пациенты с термическими поражениями двух и более анатомических областей тела, включая лицо, у которых применялась только консервативная тактика лечения с последующей аутодермопластикой. Все пострадавшие в группах были стратифицированы по тяжести состояния (Матвиенко А.В., и соавт., 2013). Для этого использовали две координатные сетки ориентировочной вероятности летального исхода при консервативной тактике лечения предикторами

в которых являются возраст и площадь глубокого ожога (Матвиенко А.В. и соавт., 2013) или возраст и общая площадь ожога (Матвиенко А.В. и соавт., 2006). Тяжесть состояния оценивали по вероятности летального исхода, которая в большинстве случаев определялась площадью глубокого ожога. Группы были разделены на две подгруппы: а и б. В 1а, 2а и 3а группы вошли пострадавшие с тяжестью состояния легкая и средняя. В 1б, 2б и 3б группы вошли тяжело- и крайне тяжело обожженные. В дальнейшем сравнение полученных результатов проводилось между 1а, 2а, 3а группами, представленными пострадавшими с глубокими ожогами лица, сочетающимися с обширными поражениями других областей с тяжестью состояния легкая и средняя, и 1б, 2б и 3б группами, представленными пострадавшими с глубокими ожогами лица у тяжело- и крайне тяжело обожженных. Общая площадь ожога в 1а, 2а и 3а группах составила 5,1+1,5, 5,1+1,5 и 9,8+3,1 % поверхности тела (п.т.), в 1б, 2б и 3б группах – 30,5+7,4, 30,5+7,4 и 32,2+5,6 п.т. Общая площадь глубокого ожога в 1а, 2а, и 3а группах была 2,2+0,5, 3,8+0,8 и 5,1+1,9% п.т., в 1б, 2б и 3б группах составила 20,5+3,4, 22,4+4,6 и 20,8+3,5% п.т. Площадь глубокого ожога лица в 3а, 4а, 5а – 0,75+0,2, 0,7+0,2, 1,8+0,4%, в 1б, 2б и 3б составила 1,8+0,4, 1,2+0,4 и 1,2+0,4% п.т. соответственно. Пострадавшие с ингаляционными поражениями были исключены. Группы сопоставимы по возрасту, полу, тяжести состояния, площади ожога и объёму вмешательства ($p < 0,05$). Результаты. У пострадавших с тяжестью состояния лёгкая и средняя с глубокими ожогами двух и более областей тела, включая лицо, которым выполняли раннюю некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой и у пациентов с тяжестью состояния легкая и средняя с глубоким термическими поражениями лица и других областей тела, которым консервативно лечили глубокие ожоги лица и применяли активную хирургическую тактику в отношении других областей тела летальность отсутствовала, рубцовые осложнения встречались в 13 и 39% случаях соответственно. У больных с тяжестью состояния легкая и средняя с термическими поражениями двух и более анатомических областей тела, включая лицо, у которых применялась только консервативная тактика лечения с последующей аутодермопластикой гранулирующих ран летальность составила 13,3%, рубцовые осложнения – 44%. У пострадавших в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с глубокими ожогами двух и более областей тела, включая лицо, которым выполняли раннюю некрэктомию с одномоментной

аутодермопластикой летальность оставила 50%, рубцовые осложнения – 20% случаев. У пациентов с тяжестью состояния тяжелая и крайне тяжелая с глубоким термическими поражениями лица и других областей тела, которым консервативно лечили глубокие ожоги лица и применяли активную хирургическую тактику в отношении других областей тела летальность составил 52,4 %, рубцовые осложнения – 42%. Различия между 1б и 2б группами по летальности статистически незначимые. Пациенты с термическими поражениями двух и более анатомических областей тела, включая лицо, у которых применяли только консервативную тактику лечения с последующей аутодермопластикой гранулирующих ран летальность составила 89,6%, рубцовые осложнения - 46% случаев. Заключение. У пострадавших с тяжестью состояния легкая и средняя летальные исходы наблюдались только в 3а группе (13,3%). У пациентов 1б группы при сравнении со 2б группой наблюдалась одинаковая летальность. При активной хирургической тактике у пострадавших с глубокими ожогами лица рубцовые осложнения встречались более чем в 2 раза реже, чем при консервативной тактике лечения. Выводы. У легкообожженных и пострадавших средней степени тяжести с глубокими ожогами лица и других областей тела активная хирургическая тактика не влияет на летальность. Им показана некрэктомия в полном объеме с одномоментной аутодермопластикой в наиболее ранние сроки. Активная хирургическая тактика в отношении глубоких ожогов на лице у тяжело- и крайне тяжелообожженных, при выполнении ранней некрэктомии в других областях тела, также не оказывает влияние на летальность. Однако, в связи с дефицитом донорских ресурсов им показано консервативное лечение глубоких ожогов лица. Удаление погибших тканей в данной области возможно только после восстановления целостности большей площади кожного покрова в других областях тела. Активная хирургическая тактика снижает частоту развития послеожоговых рубцовых деформаций лица 2 в раза и более.

37. Эстетические особенности аутодермопластики у пострадавших с глубокими ожогами лица

Чмырёв И.В., Бутрин Я.Л.

Санкт-Петербург

Кафедра термических поражений, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, г. Санкт-Петербург

В современных локальных вооруженных конфликтах частота ожогов составляет 1,5-4%. Глубокие ожоги лица в структуре санитарных потерь составляют 3,4%. В мирное время по данным Всемирной организации здравоохранения ожоги находятся на третьем месте среди всех травм. Ограниченные глубокие ожоги лица не превышают 2-6,3% от всей ожоговой травмы. До настоящего времени при хирургическом лечении ожогов лица главной задачей было восстановление целостности кожного покрова, достижение удовлетворительных функциональных результатов. Однако лицо, помимо выполнения важных физиологические функции, играет большую роль в идентификации личности. По мере развития общества внимание к внешнему виду человека значительно выросло. Это привело к тому, что в настоящее время дефекты лица помимо функциональных расстройств вызывают тяжелые душевные переживания и неизбежные психологические расстройства, с чем связана частичная или полная потеря трудоспособности и возможность жить в обществе. Поэтому эстетический результат оперативного восстановления целостности кожного покрова лица в настоящее время приобрел большое значение для больного. При аутодермопластике основную проблему составляет несоответствие цвета, текстуры трансплантата с окружающим здоровым тканям лица, которое делает очень заметным оперативно-восстановленный кожный покров. Согласно учебнику анатомии Синельникова Р.Д., (1972г.) верхняя граница лица проходит по верхнему краю глазниц, по скуловому и лобному отросткам, скуловой дуге и наружному слуховому проходу, латеральная – по заднему краю ветви нижней челюсти до ее угла, снизу – вдоль края тела нижней челюсти. Однако многие анатомические области лица воспринимаются человеческим зрением как единое целое, поэтому в хирургии лица необходимо выделять не анатомические области, а эстетические единицы как это принято в пластической хирургии. Лицо делится на 6 эстетических единиц: лоб, области глазниц, нос,

область рта, подбородочная область и щечные области. При аутодермопластике необходимо использовать трансплантаты средней толщины, площадь которых должна соответствовать эстетическим зонам. Если часть эстетической области порята здоровой кожей, то она должна быть иссечена перед пересадкой трансплантата. При соблюдении зональности границы трансплантатов будут соответствовать естественным линиям лица. Трансплантаты должны быть из одной донорской области, чтобы между ними не было различий в цвете и текстуре. Когда поражается небольшой участок, то иссекается только пораженная область. Интактные ткани сохраняются. Только при неудовлетворительном эстетическом результате в отдаленном периоде может понадобиться решить имеющуюся проблему. Таким образом, лечение глубоких ожогов лица представляет сложную задачу. Для того, чтобы получать удовлетворительные эстетические результаты при оперативном лечении глубоких ожогов лица необходимо учитывать эстетические зоны.

38. Лечебная тактика при остром дивертикулите ободочной кишки

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э., Бабышин В. В.

Владимир

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Частота заболеваемости дивертикулярной болезнью толстой кишки постепенно растёт, так её увеличение только за 5 лет в Европейских странах составило от 0,58 до 1,2 на 100 тыс. населения, причём за счёт лиц молодого возраста. Смертность составляет 1,3-2,3%, а в группе больных с перфоративным дивертикулитом летальность достигает 35%. Независимыми факторами смертности являются низкое социальное положение больных и пожилой возраст, срочная госпитализация и лапаротомия. Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения больных, находившихся на стационарном лечении в хирургической клинике городской клинической больницы скорой

медицинской помощи г. Владимира за 2015 – 2017 г.г. по поводу острого дивертикулита толстой кишки, частота которого составила 82,5% к общему числу госпитализированных. По поводу острого дивертикулита толстой кишки пролечено 286 больных, среди которых острый неосложнённый дивертикулит был у 155 (54,1%), перидивертикулярный инфильтрат у 67 (23,4%), перидивертикулярный абсцесс у 8 (2,7%) пациентов, перфоративный дивертикулит у 6 (2,0%) пациентов. Таким образом, гнойно-инфекционные осложнения выявлены в 28,3% (n=81), 120 (42%) пациентов составили больные женского, 166 (58%) пациентов – мужского пола, до 40 лет было 118 (41,2%), от 41 до 60 лет – 168 (58,7%), от 61 до 70 лет – 36 (12,5%), старше 70 лет – 22 (7,6%) больных. В обследовании, кроме общеклинических, лабораторных, использованы лучевые рутинная рентгенография, КТ, МРТ, МСКТ ирригоскопия, УЗИ), эндоскопические (ФКС), лапароскопия, биохимические (СРБ, прокальцитонин, лактат крови), Результаты. Диагностика осуществлена в соответствии с протоколом оказания неотложной хирургической помощи больным с национальными клиническими рекомендациями по лечению дивертикулярной болезни. Главной задачей в диагностике явилась оценка тяжести гнойного воспалительного процесса как системного (СВР, абдоминальный сепсис), так и местного характера. Ведущее значение в диагностике абдоминальных осложнений придавали УЗИ, МСКТ и лапароскопии. Информативность УЗИ ограничивается при выраженном пневматозе кишечника и у 15% больных с острым дивертикулитом потребовалась МСКТ., обзорная рентгенография брюшной полости или лапароскопия. МСКТ позволяет определить распространённость дивертикулёза, оценить состояние стенки кишки, наличие газа в стенке кишки, выпот вокруг области воспаления свободной брюшной полости. У 123 (43,0%) пациентов с предполагаемым диагнозом «острый дивертикулит», в процессе обследования установлены другие заболевания (перекрут сальниковых отростков, другие воспалительные заболевания, абдоминальный ишемический синдром). Больным с острым неосложнённым дивертикулитом проводилась консервативная терапия (регидратация per os, антибиотики). При перидивертикулярном инфильтрате назначалась также консервативная терапия, хирургическое вмешательство потребовалось в 11 (3,8%) случаях при безуспешности терапии (7 больным выполнена резекция сигмовидной кишки, 4 – гемиколэктомия). При выборе метода лечения больных с абсцессами и перфоративным дивертикулитом пользовались

классификацией и рекомендациями по лечению дивертикулярной болезни по E.J. Hinchey (1978). У больных с внутрибрюшными абсцессами выполняли резекцию сегмента ободочной кишки с абсцессом, при внутрибрюшной локализации – вскрытие абсцесса, проксимальную колостомию, при забрюшинной локализации при размерах абсцесса до 7 см – чрезкожное пункционное дренирование, при больших абсцессах – дренирование, проксимальную колостомию. При перфоративном дивертикулите выполняли экстериторизацию перфорированного отдела или операцию Гартмана. Послеоперационные осложнения были у 6 (2,0%) больных (инфекция в области хирургического вмешательства (ИОХВ) – 4 (1,3%) случая, несостоятельность анастомоза в 2 (0,6%) случаях). послеоперационная летальность не отмечена. Заключение: современные методы исследования позволяют установить уточнённый диагноз осложнений дивертикулеза толстой кишки в 93,4%. При выборе методов хирургического лечения целесообразно пользоваться классификацией осложнений по E.J. Hinchey.

39. Чрезкожные пункционно-дренирующие вмешательства при лечении внутрибрюшных послеоперационных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии

*Абдуллаев Э. Г., Бабышин В. В., Федоров Д. В.
Журавлева О. Н., Абдуллаев А. Э., Боровков И. Н.*

Владимир

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Последние столетия характеризуются значительным развитием минимально-инвазивных хирургических технологий лечения неотложных заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на значительные достижения медицины, релапаротомия является, согласно данным литературы, «вторым ударом» («second hit») в отношении организма больного, что может привести к полному истощению компенсаторных механизмов защиты и гибели пациентов. Путем выхода из создавшейся ситуации, наряду с профилактикой послеоперационных осложнений,

является минимизация объема вмешательства, направленных на их ликвидацию. Цель исследования. Оценить эффективность чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, направленных на ликвидацию послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости. Материалы и методы. В 2007-2017 г.г. комплексное лечение послеоперационных осложнений с использованием пункционно-дренирующих вмешательств выполнено у 142 больных обоего пола в возрасте от 26 до 72 лет, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости (основная группа). Для сравнения эффективности лечения проведен анализ историй болезней 118 больных, у которых были выполнены повторные открытые оперативные вмешательства на органах брюшной полости (группа сравнения). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, основным и сопутствующим заболеваниям, степени распространенности патологического процесса, тяжести состояния больных по шкале APACHE II. Пункционно-дренирующие вмешательства осуществляли под местной анестезией с использованием ультразвукового сканера фирмы «ALOKA F-37» с применением конвексного датчика частотой 2-5 МГц. Пункционные вмешательства осуществляли иглами фирмы «Cook» (16-20 G), а дренирование – с использованием дренажных комплектов фирмы «МИТ» «Россия» (от 12 до 30 Fr.). Результаты и их обсуждение. Перед вмешательством определяли расстояние от поверхности кожи до полости, а также объем содержимого. При необходимости пункцию осуществляли через левую долю печени или желудок. Наличие петель кишечника и селезенки на пути движения иглы, а также визуализация сосудов являлись абсолютным противопоказанием к проведению манипуляции. Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (15 больных). При этом аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии жидкостных скоплений объемом 500 мл и более, а также гнойных полостей, предпочтение отдавали чрезкожному дренированию. При поступлении большого количества тканевого детрита полость санировали не менее 3 - 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое и цитологическое исследования, ультразвуковой мониторинг полости. Продолжительность дренирования определялось строго индивидуально

и зависело от количества отделяемого, скорости очищения от гнойно-некротических масс и объема остаточной полости. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 8 (5,6%) больных основной группы. В группе сравнения осложнения после выполнения релапаротомии возникли у 18 (15,0%) больных. Летальность в исследуемых группах не отмечено. Таким образом, применение пункционно-дренирующих вмешательств при деструктивных процессах брюшной полости под контролем ультразвука при лечении послеоперационных осложнений позволяет значительно снизить как частоту развития осложнений, так и уровень летальности.

40. Пути улучшения результатов открытой лапароскопической холецистэктомии у больных острым холециститом

Абдуллаев Э. Г., Бабышин В. В., Абдуллаев А. Э.

Владимир

ГБУЗ ВО «Городская клиническая клиническая больница скорой медицинской помощи»

В последние годы в хирургии желчевыводящих путей широкое применение находят минимально-инвазивные методы лечения. Одним из широко распространенным методом хирургического лечения заболеваний желчевыводящей системы является открытая лапароскопическая холецистэктомия (ОЛХЭ). Показания к открытой лапароскопической холецистэктомии (ОЛХЭ) при остром холецистите в последнее время все больше расширяются. В современных клиниках России открытая лапароскопическая холецистэктомия (ОЛХЭ) при остром холецистите превышает 90%. Но до настоящего времени актуальными остаются вопросы выбора тактики и методов оперативного лечения у больных с острыми формами осложненного холецистита. Материал и методы. Нами выполнено 1980 холецистэктомий (2007 -2017 г.г.), из них проанализированы результаты 294 холецистэктомий методом открытой лапароскопической холецистэктомии (ОЛХЭ) у больных поступивших в клинику с острым холециститом. ОЛХЭ выполняли по методике, разработанной проф. М. И. Прудковым с

применением набора инструментов для холецистэктомии из мини-доступа с использованием стандартного набора инструментов «Миниассистент». Возраст пациентов варьировал от 24 до 82 лет, женщин было 126 (42,8%), мужчин - 88 (30%). С острым катаральным холециститом прооперировано 34 (11,5 %) больных, с острым флегмонозным 124 (42,1%) и с острым гангренозным холециститом –14 (4,7%) больных. С клиническими проявлениями холедохолитиаза и явлениями механической желтухи поступили 12 (4,0%) больных. У 8 (2,7%) больных на ЭРПХГ подтверждены конкременты общего желчного протока, у 3 (1,0%) выявлены явления стенозирующего папилита. 10 (3,4%) больным первым этапом была выполнена ЭПСТ. У 3 из 8 больных с холедохолитиазом ЭПСТ выполнялась в 2 или даже 3 этапа. У одной пациентки 56 лет для извлечения всех конкрементов из гепатикохоледоха ЭРПХГ с ЭПСТ пришлось выполнить до и через 6 дней после ОЛХЭ с хорошим ближайшим и отдаленным результатом. Целью исследования был анализ и пути уменьшения осложнений хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом. Результаты и обсуждение. По результатам осмотра, клинического обследования, ультразвукового исследования определяли показания к экстренной операции или проводили консервативное лечение в течении 12-24 часов (отсутствие выраженных деструктивных изменений в желчном пузыре, отказ больного от операции). При купировании приступа острого холецистита ОЛХЭ выполнялась через 24-48 часов от момента госпитализации, или через 2-3 месяца в плановом порядке после выписки больного из стационара. У больных с холедохолитиазом, ОЛХЭ выполнялась через 2-3 суток после ЭРПХГ и удаления конкрементов из общего желчного протока. При обтурационном деструктивном холецистите операцию проводили по экстренным показаниям. При невозможности выполнения ОЛХЭ переходили на лапаротомию, что было осуществлено у 4 (1,3%) больных (2 случая конверсий приходится на первые 50 операций). В 2 случаях операцию завершали лапаротомией из разреза по Федорову. Дренирование подпеченочного пространства силиконовой трубкой на 2-4 суток считаем обязательным. Длительность нахождения дренажа зависит от количества и характера отделяемого (экссудат, желчь). В 4 (1,3%) случаях во время открытой лапароскопической холецистэктомии мы встретились с анатомическими разновидностями кровоснабжения желчного пузыря (2- случая рассыпчатый тип кровоснабжения, 2 случая пузырьная артерия

располагалась параллельно правому печеночному протоку) У больных с острыми формами холецистита препаровка тканей, выделение пузырной артерии и пузырного протока выполнялось диссектором без применения чрезмерной нагрузки, что позволяло избежать повреждений пузырной артерии и желчных протоков. Отключенный, напряженный желчный пузырь, освобожденный от рыхлого околопузырного инфильтрата, идентифицировались все анатомические структуры, только после этого производилась пункция и эвакуация содержимого, желчный пузырь не вскрывался. Околопузырные абсцессы были отмечены в 3 (1,0%) случаях. Синдром Мириizzi встретился у 2 больных. Серозный и серозно-фибринозный местный перитонит был диагностирован у 9 (3,0%) больных. Попытки консервативного лечения больных, уже страдающих деструктивным холециститом, в большинстве случаев оказывались неудачными. Во время операции, у больных, получавших консервативное длительное лечение по поводу острого деструктивного холецистита, как правило, выявлялся выраженный инфильтративный и инфильтративно-спаечный процесс в гепатикопанкреатодуоденальной зоне, определялись рубцовые сращения с окружающими желчный пузырь органами и тканями. Выраженность этих изменений соответствовала длительности дооперационного консервативного лечения. Интраоперационные осложнения наблюдались в 3 (1,0%) случаях - в виде: кровотечений из ствола пузырной артерии – в 2 (0,6%) , повреждении общего желчного протока – в 1 (0,3%) случае. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 (2,7%) больных: инфильтрат послеоперационной раны у 5 (1,7%) пациентов, серома в области послеоперационной раны отмечено у 3 (1,0%) пациентов. Выводы: 1. Выполнение ранней мини-нвазивной операции (ОЛХЭ) при деструктивных формах острого холецистита, позволяет избежать конверсий, интраоперационных осложнений, которые могут произойти при разделении грубых рубцово-инфильтративных сращений в гепатикопанкреатодуоденальной зоне; 2. Использование многоэтапной эндоскопической лечебной тактики при поражениях желчных путей считаем оптимальной, когда коррекция выявленных до- или после операции изменений желчных путей проводилась с использованием ретроградных вмешательств (ЭРПХГ, ЭПСТ); 3. Операции должны выполняться в специализированных стационарах, опытной операционной бригадой состоящей из двух хирургов, которые владеют эндоскопическим и

традиционным методом оперирования с опытной операционной медицинской сестрой; 4. Для подготовки кадров необходимо, чтобы молодые хирурги в полном объеме владели навыками выполнения холецистэктомий при хроническом процессе и постоянно участвовали при операциях больных с осложненными формами острого холецистита.

41. Лапароскопия и динамическая релапароскопия в диагностике и лечении больных с закрытой абдоминальной травмой

Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Абдуллаев А.Э., Пономарев А.А.

Владимир

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,

На долю повреждений живота приходится от 1,5 до 18% от чис-ла травм мирного времени, но их частота и тяжесть неуклонно про-должают нарастать (Синенченко Г. И. и соавт., 2007). Трудности диагностики повреждений внутренних органов, высокая частота осложне-ний, неудовлетворительные результаты лечения определяют актуаль-ность проблемы. Известно, что не все стационары имеют возможность круглосуточного выполнения неотложных диагностических исследо-ваний в полном объеме (рентгенографию, эндоскопию желудочно-кишечного тракта, УЗИ, КТ). В связи с этим, частота ошибочных ла-паротомий при острой хирургической патологии составляет около 10%, которая значительно увеличивается (до 45%) при ранениях и травмах живота (Шерман Л. Ф. и соавт., 1999; Martin L.C. et al., 1995). При этом летальность после эксплоративных лапаротомий достигает у пострадавших до 38% (Соколов С. В. и соавт., 1995; Miller K. et al., 1996). В последние годы значительно расширился арсенал объектив-ных методов диагностики и динамического контроля при травме жи-вота, что потребовало существенного пересмотра лечебно-диагностической тактики (Мурзанов М. М. и соавт., 1995). В некоторых случаях ведущая роль в диагностике и выборе ра-циональной лечебной тактики отводится

лапароскопии. Однако, опыт показывает, что у 10-20% больных в экстренной хирургии однократное лапароскопическое исследование оказывается недостаточной для точной диагностики патологии со стороны органов живота и точной оценки динамики болезни (Борисов А. Е. и соавт., 2006). В связи с этим в последние годы используется методика повторных динамических лапароскопических исследований, что позволяет улучшить результаты диагностики, контролировать течение патологических процессов и в экстренном порядке корректировать проводимое лечение. Нами проанализированы результаты 66 экстренных лапароскопий у больных с закрытыми травмами живота, проведенных с 2007 по 2017 г. Пострадавшие по возрасту распределились следующим образом: в возрасте до 20 лет поступило 10 (15,1 %) пострадавших, от 18 до 30 лет – 21 (31,8 %), от 31 до 40 лет – 10 (15,1 %), от 41 до 50 лет – 20 (30,3 %), от 51 до 60 лет – 5 (7,5 %). Подавляющее большинство пациентов – от 20 до 50 лет - наиболее трудоспособного возраста. Наиболее частая причина (52 %) травм брюшной полости носил бытовой, в первую очередь, криминогенный характер. Клиническое обследование больных, как правило, осуществляли на фоне проведения противовоспалительной и протившоковой и противовоспалительной терапии. Диагноз формировали на основании данных лабораторного и клинко-инструментального обследования. Диагностическую лапароскопию проводили по стандартной методике, в основном, под местным обезболиванием. Наложение пневмоперитонеума и установление оптического лапаропорта проводили в одной из точек Калька. После обзорного осмотра брюшной полости, при необходимости, для детального осмотра всех отделов и структур дополнительно устанавливали 5 мм лапаропорт в правой или левой половине передней брюшной стенки. У 24 (36,3%) из них повреждений внутренних органов обнаружено не было. В 18 (27,2%) случаях обнаружен гемоперитонеум, причиной которого в 5 (7,5%) случаях был разрыв селезенки, в 7 (10,6%) - разрывы печени, в 6 (9,0%) случаях – другие причины. В 11 (16,6%) наблюдениях обнаружен перитонит, который возник в результате повреждения кишечника. У 8 (12,1%) пострадавших выявлена забрюшинная гематома. У 6 (9,0%) больных с закрытой травмой живота проведена динамическая релапароскопия через 3 и 6 часов, из них у 4 (6,0%) больных с целью контроля надежности гемостаза на печени, обнаруженной при первичной лапароскопии, у 2 (3,0%) больных – для наблюдения в динамике за состоянием субкапсулярной гематомы правой доли печени и

состоянием раны на печени и 2 (3,0%) больным для исключения разрыва полого органа (как правило, диагностическая лапароскопия выполнялась в ближайшие часы после травмы). Перечисленным больным, подвергшимся динамической лапароскопии, после выполнения диагностической лапароскопии на месте параумбиликального лапаропорта устанавливали полихлорвиниловый дренаж с диаметром 0,7 мм., который фиксировали на коже. Перед выполнением динамической лапароскопии дренаж удаляли и по проводнику устанавливали троакар с оптикой. После окончания динамической лапароскопии троакар извлекали, рану зашивали. В 1 (1,5%) случае динамическая релапароскопия позволила установить нарастающий гемоперитонеум, причиной которого явился двухмоментный подкапсулярный разрыв печени, в 1 (1,5%) случае разрыв полого органа, что потребовало неотложного хирургического вмешательства. Таким образом, лапароскопические вмешательства при оказании неотложной хирургической помощи больным с закрытой травмой живота весьма эффективны, обладают высокой диагностической и лечебной эффективностью, и позволяют определить оптимальную хирургическую тактику у данной группы больных.

42. Хирургические методы оперативного лечения альвеококкоза печени

Пантелеев В.С. (1,2), Нартайлаков М.А. (1,2)

Уфа

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

Хирургические методы оперативного лечения альвеококкоза печени Пантелеев В.С. (1,2), Нартайлаков М.А. (1,2) 1) ФГБОУ ВО БГМУ; 2) ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, г. Уфа Актуальность Хирургическое лечение альвеококкоза печени представляет значительные трудности, так как большинство больных в результате длительного бессимптомного течения заболевания поступают в стационары в неоперабельной стадии. В то же время внедрение в клиническую практику современных диагностических систем, а также оригинальных хирургических вмешательств,

появление специализированных центров хирургии печени дают реальную возможность производить радикальные операции больным, которые по многим факторам могли быть признаны неоперабельными. Материал и методы Всего в период с 2005 по 2016 годы в условиях ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова г. Уфа было пролечено 57 больных альвеококкозом печени, из них 37 мужчин и 20 женщин. Заболевание выявлено в основном у лиц молодого и среднего возраста (средний возраст составил $35 \pm 3,6$ лет). Правая доля печени была поражена у 34 больных (60,0%), левая – у 14 больных (25,5%), поражение обеих долей отмечено у 9 (14,5%) пациентов. Всего было выполнено 57 (100%) операций, из которых 35 (61,4%) радикальных и 22 (38,6%) паллиативных. Среди радикальных оперативных вмешательств: анатомические резекции – 20 (12 - правосторонняя и 8 - левосторонняя гемигепатэктомия); атипичные резекции – 13 (6 - трисегментэктомия, 5 - бисегментэктомия, 2 - сегментэктомия); трансплантация печени – 2. К паллиативным операциям мы отнесли выполненные нами: кускование печени – 8; кавернотомия с наружным дренированием – 2; желчеотводящие операции – 12. Результаты После радикальных оперативных вмешательствах летальности не было, но при паллиативных операциях были 2 (3,5%) летальных исхода, связанных с печеночной недостаточностью. Среди послеоперационных осложнений: кровотечение из печени – 3 (5,2%); гнойный желчный свищ – 1 (1,8%); билиарный сепсис – 1 (1,8%); рецидив нагноения полости распада каверны – 2 (3,5%); нагноение послеоперационной раны – 2 (3,5%). Выводы 1. Альвеококкоз печени является относительно редким, но коварным заболеванием с грозными осложнениями особенно в эпидемических очагах, и требует унификации диагностических и лечебных мероприятий. Радикальным методом лечения при альвеококкозе является резекция печени разного объема. 2. При альвеококкозе, когда имеется поражение обеих долей печени, или паразитарный узел локализуется в воротах печени, или же имеет место прорастание паразитом нижней полой вены, возможно выполнение трансплантации печени.

43. Причины осложнений после установки кавафильтров и пути их профилактики

Черкасов В.А., Долгушин Б.И., Андреев Ю.Г.

Москва

ФГБУ «НМИЦО им. Н.Н.Блохина» МЗ РФ

Актуальность – необходимость проведения профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий (ТЭЛА), при наличии показаний, не вызывает сомнения; имплантация кавафильтра (КФ) в нижнюю полую вену (НПВ) является одним из эффективных методов этой профилактики. Редкие, но всё же встречающиеся, осложнения после установки КФ требуют внимательного обсуждения для их устранения и профилактики. Цель – оценить эффективность использования имплантации различных моделей КФ, как способ профилактики ТЭЛА; выявить причины осложнений КФ и определить способы их предупреждения и ликвидации. Материал и методы. С 2003 года по декабрь 2017 года включительно в «НМИЦО им.Н.Н.Блохина» 1291 больному был имплантирован кавафильтр (КФ) «Корона» с целью профилактики ТЭЛА. Результаты. У 6 (0,5%) больных произошла ТЭЛА – у пяти больных на фоне декомпенсированного ДВС-синдрома и у одной больной – опухолевыми массами, проросшими сквозь КФ по просвету НПВ. У трёх больных (0,23%) с ДВС-синдромом ТЭЛА послужила причиной смерти. По данным УЗИ и КТ у 14% больных имелись тромботические массы на уровне КФ в различной стадии лизиса – результат эмболизации в КФ. Разрушение КФ отмечено у 5 (0,26%) больных. Осложнения, потребовавшие коррекции положения КФ, наблюдались у 2 (0,16%) больных. У одной больной два фиксирующих лучика КФ перфорировали правую стенку НПВ и прилоханочный отдел мочеточника, что потребовало рентгенохирургической коррекции положения КФ. У одного больного КФ был ошибочно имплантирован в правую почечную вену, что также потребовало коррекции его положения. Обсуждение. Выходение элементов КФ за пределы венозной стенки в отдалённом периоде, не сопровождалось клиническими проявлениями. У некоторых современных КФ проникновение элементов КФ (Select) за пределы нижней полой вены (НПВ) наблюдалось почти у 90% больных (Zhou D. 2012г). Развитие самостоятельного тромбоза, на КФ в литературе не доказано, проведение адекватной антикоагулянтной терапии

предотвращает его у 98% больных. Выявление у ряда пациентов с помощью УЗИ и КТ тромботических масс на уровне КФ в различной стадии лизиса нельзя отнести к осложнению имплантации КФ. Ведь КФ для того и устанавливается, чтобы задерживать тромбоэмболы, предупреждая попадание их в лёгочные артерии. Вот ТЭЛА, которая имела место у больных с декомпенсированным ДВС-синдромом, а также опухолевыми массами, условно можно расценить как осложнение после имплантации КФ. Деформация КФ, изменение его положения в просвете НПВ, разрушение с последующей миграцией в полости сердца и лёгочную артерию – результат отсутствия способности большинства, в том числе современных моделей кавафильтров, изменять свою конфигурацию в ответ на изменение формы НПВ в акте дыхания и движения тела. Этой способностью обладает КФ «Корона», что проявляется отсутствием осложнений в отдалённом периоде. Результаты проведения профилактики ТЭЛА с помощью имплантации КФ «Корона» свидетельствуют о высокой эффективности. Из 1291 больного, которым был имплантирован КФ, ТЭЛА отмечалась чрезвычайно редко, причём у пациентов с декомпенсированным ДВС-синдром. Наш опыт показал, что у онкологических больных имплантацию КФ в НПВ необходимо производить немедленно при выявлении венозных тромботических осложнений. Практика динамического наблюдения при отсутствии флотирующего венозного тромбоза, как принято у неонкологических пациентов, для больных с онкологическим заболеванием неоправдана. Выводы. Серьёзные осложнения КФ, потребовавшие рентгенохирургической коррекции, наблюдались у двух больных (0,23%). Остальные осложнения не сопровождалось клиническими проявлениями или не были связаны с неадекватным функционированием КФ. Это свидетельствует о высокой эффективности и безопасности имплантации КФ «Корона», как метода профилактики ТЭЛА, у онкологических больных.

44. Современная диагностика и хирургическое лечение нагноившегося эхинококкоза печени

Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р.

Ургенч. Республика Узбекистан.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность темы: Нагноение эхинококковых кист печени (НЭКП) считается самым тяжёлым осложнением эхинококкоза печени, которая с большой вероятностью рецидивирует. Поэтому очень важное значение имеет особое отношение к пациенту по профилактике рецидива, во время операции и после операционном периоде. Нарушение целостности фиброзной капсулы инфильтрированной кисты, повышает вероятность проникновения протосколексов и ацефалоцист, во внутрь фиброзной капсулы, а также на здоровую печеночную ткань (Вафин А.З., Айдемиров А.Н., 2002). Частота встречаемости НЭКП составляет 15-34% (Милонов О.Б., 1972; Шалимов А.А., 1975). Цель исследования: Совершенствование хирургического лечения НЭКП. Материалы и методы: Были изучены больные оперированные по поводу эхинококкоза печени на базе кафедры “Общий хирургии, травматологии и ортопедии” Ургенчского филиала Ташкентской Медицинской Академии, отделение Абдоминальной хирургии, Хорезмского Областного многопрофильного медицинского центра, в период 2009-2016 годов. Количество исследуемых больных 205. У 25 (15%) пациентов обнаружено НЭКП. Из них 19 (76%) пациентов первичные операции, а 6(24%) пациентов с рецидивом. У 20(80%) пациентов НЭКП расположено в правой доле печени, у 15 из них оно расположено в VII-VIII сегментах, а у 5(20%) пациентов нагноившаяся эхинококковая киста расположено в левой доле. У 5 пациентов наблюдались многочисленные неосложненные кисты вместе с НЭКП. У 1(0,04%) пациента произошел разрыв кисты эхинококка в желчные пути, а у еще 1(0,04%) пациента в правый плевральный полость. У 5 пациентов обнаружены желчные свищи. Все пациенты до операции прошли УЗИ и КТ. У большинства пациентов наблюдалась быстрое утомление, общая слабость, потоотделение, субъэпигастричность склер, повышение температуры тела до 37-38°C. У 8 (32%) пациентов эти клинических признаки не наблюдалась. У 11 (44%) пациентов наблюдалась лейкоцитоз (количество лейкоцитов 9000-14800), а у 14 (56%) количество лейкоцитов в норме. Во время

операции у 10(40%) пациентов было обнаружено асептический некроз, точнее омертвевшие пузырьки и детриты. У 15 оперированных больных обнаружены нагноение кист в результате попадания инфекции, формирование абсцесса, выделение гнойного содержимого со зловонным запахом, вместе с элементами мертвого эхинококка. Для ликвидации остаточной полости у 10 пациентов было произведено эхинококкэктомия закрытым способом, а у 13 пациентов полузакрытым способом. А также было произведено эхинококкэктомия множественных неосложненных кист закрытым способом. У 2 пациентов выполнено атипичная резекция печени. Симультанные операции произведено у 2 пациентов (холецистэктомия – 1, у 1 пациента выполнено лобэктомия нижней доли правого легкого). Остаточная полость после эхинококкэктомии обрабатывали 5% раствором йода, 96% этиловым спиртом, 3% раствором перекиси водорода и раствором Декасана. Осложнений после операции не наблюдалось. Больным у которых произведена эхинококкэктомия полузакрытым способом, остаточная полость промывалась раствором Декасана, через дренажную трубку. Раствор Декасана сильный антисептик, обладающий дезинфицирующим и бактерицидным свойствам. На изученных нами пациентах экспозиция Декасана составляло 3 – 5 минут. Средне пребывание больных в стационаре составило 9 ± 1 дней. На контрольных УЗИ у пациентов не были обнаружены жидкости в остаточных полостях. Пациенты находились под наблюдением в течение 25-30 дней, далее, после повторных УЗИ, произведенных амбулаторно, были удалены полихлорвиниловые трубки. Всем пациентам было рекомендовано принимать Альбендазол по 10-12 мг/кг 2 раза в день в течение месяца и после 15 дневного перерыва пройти повторную адьювантную химиотерапию. Заключение: Применение комбинированного метода диагностики и лечения НЭКП является высокоэффективным. Устранение желчных свищей, обрабатывание полостей антисептическими средствами и гермицидами, экспозиция полости раствором Декасана в течение 3-5 минут через полихлорвиниловую трубку и параллельное проведение адьювантной химиотерапии являются важными факторами при лечении НЭКП и считается эффективной профилактикой рецидивов.

45. Аневризма внутренней сонной артерии после эверсионной каротидной эндартерэктомии и стентирования (клинический случай)

Бахметьев А.С. (1), Коваленко В.И. (1),
Бахметьева А.А. (2)

Москва 2) Анапа

- 1) ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва
- 2) МУЗ "Городская больница г-к Анапа"

Цель исследования: описать клиническое наблюдение аневризматического расширения внутренней сонной артерии (ВСА) у пациента 66 лет после эверсионной каротидной эндартерэктомии (ЭКЭАЭ) и стентирования по поводу атеросклеротического гемодинамически-значимого поражения устья ВСА и последующего рестеноза зоны операции. Материал и методы. Пациент Н. 60 лет с симптомным стенозом (транзиторные ишемические атаки на стороне поражения) левой ВСА 65-70% (гетерогенная атеросклеротическая бляшка (АСБ) протяженностью 25 мм) перенес ЭКЭАЭ в 2012 году. В 2014 году при динамическом ультразвуковом исследовании выявлена нестабильная гетерогенная АСБ, стенозирующая просвет на 68% по площади, по поводу чего было выполнено стентирование зоны рестеноза ВСА без технических трудностей с отличным послеоперационным ангиографическим эффектом. Через 2 года после стентирования пациент по самостоятельной инициативе обратился в отделение функциональной диагностики для контроля за зоной вмешательства. Ультразвуковое ангиосканирование ветвей дуги аорты по стандартной методике проводилось на приборе высокого класса разрешения General Electric Vivid 5. Результаты. Слева в бифуркации визуализируется аневризматическое расширение максимальным диаметром 22 мм, протяженностью около 30 мм, с неоднородными стенками, с признаками кальциноза. Гиперэхогенные стенки стента, устье входа прикрыто неоднородными кальцинированными АСБ высотой 5-5,5 мм, стеноз устья стента по площади до 80%. В проксимальном отделе стента, за АСБ, визуализируются неоднородные гипоехогенные массы протяженностью около 12 – 13 мм, кровотоков следует узким потоком по задней стенке (1,5 мм), далее просвет стента свободен, кровотоков низкоскоростной, антеградный. Линейная скорость кровотока дистальнее стента 60 см/с, кровотоков антеградный. Отметим, что пациент не предъявлял

жалоб. Из анамнеза известно, что больной является курильщиком с 25-летним стажем. Также страдает периодическим повышением артериального давления. В результате проведенного исследования больному было рекомендовано обратиться в ангиохирургическое отделение, где после удаления стента было проведено протезирование ВСА. Пациент выписан на 8 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Заключение. Описан редкий случай рестеноза ВСА с последующим стентированием и образованием аневризматического расширения артерии. В результате, пациенту потребовалось 3 оперативных вмешательства за 4 года на проксимальной части левой ВСА. Во всех случаях основным и единственным инструментальным методом диагностики являлось ультразвуковое ангиосканирование ветвей дуги аорты.

46. Ближайшие и отдаленные осложнения стентирования внутренней сонной артерии

*Бахметьев А.С.(1), Коваленко В.И.(1),
Петросян К.В.(2), Махалдиани Б.З. (2),
Хасиев С.Г. (1)*

Москва

- 1) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
- 2) ФГБУ "НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева" Минздрава России

Цель исследования: выявить частоту встречаемости различных осложнений в ближайшем и отдаленном периодах после стентирования внутренней сонной артерии (ВСА) у пациентов с изолированным стенозом устья ВСА. Материал и методы. В период с 2009 по 2015 гг. стентирование ВСА выполнено 71 пациенту (71 ВСА). Мужчин – 56, женщин – 15. Средний возраст – 64,3 лет. Ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий по стандартной методике проводили через 1, 3, 6, 12 месяцев. Преобладали пациенты (60,5%) с наличием нестабильных атеросклеротических бляшек I и II типов по классификации Gray-Weale. Соотношение симптомных и асимптомных пациентов было 39,5% и 60,5%. Риск хирургического вмешательства у подавляющего количества пациентов (77,5%) признан высоким (критерии

American Heart Association/American Stroke Association). Всем пациентам установлены самораскрывающиеся нитиноволовые стенты с применением церебральных микрососудистых фильтров. В госпитальном, ближайшем (первые 6 месяцев) и отдаленном (более 6 месяцев) периодах оценивали выживаемость, свободу от инсульта, системные и местные осложнения. Ультразвуковое ангиосканирование проводили на 1, 3 и 6 сутки на госпитальном уровне, затем через 1, 3, 6 месяцев в первый год после стентирования. Результаты. Непосредственный ангиографический результат стентирования ВСА был достигнут во всех случаях. Госпитальная летальность составила 1,4% (смерть не связана с нарушением мозгового кровообращения). В госпитальный период у 2 пациентов (2,8%) отмечены эпизоды amaurosis fugax на стороне операции, еще в 2 случаях (2,8%) транзиторные ишемические атаки (ТИА) на стороне стентирования. Повреждение n. laryngeus recurrens отмечено у 3 пациентов (4,2%). Подъем артериального давления зафиксирован у 32 пациентов (45%) в первые 10 суток после стентирования, но к моменту выписки всем была подобрана адекватная антигипертензивная терапия. Отметим 5 пациентов (7%) с артериальной гипотензией с первых часов после стентирования (у 4 пациентов давление стабилизировалось на привычных цифрах к 5-7 суткам). Среди местных осложнений выявлены кровотечения в месте пункции (бедренная артерия) у 3 пациентов (4,2%). В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не зафиксировано. ТИА к 5 месяцу после стентирования выявлена в 2 случаях (2,4%). Гиперплазия интимы в первые 6 месяцев диагностирована у 12 пациентов (16,9%), регрессировала к окончанию 1 года во всех случаях. Отметим, что во всех случаях имел место гемодинамически-незначимый стеноз (средняя степень стенозирования – 34% по площади). Отдаленные результаты проанализированы у 60 пациентов. Летальность по причинам, не связанным с нарушением мозгового кровообращения составила 8,3% (n=5). Случаев ишемического инсульта на стороне операции не зафиксировано. ТИА на стороне операции отмечены у 9 пациентов (15%). Внутрискелетный рестеноз выявлен в 20% случаев (n=12), причем лишь в 3 случаях (5%) АСБ сужала просвет артерии более чем на 50%. Оперативное вмешательство по поводу рестеноза никому за период наблюдения не потребовалось. Заключение. Методику стентирования ВСА по результатам нашего исследования следует признать эффективной и безопасной у всех пациентов. Клинический эффект в ближайшем

послеоперационном периоде отметили все пациенты. Среди ближайших послеоперационных осложнений чаще всего выявлена гиперплазия интимы (16,9%), в отдаленном периоде – рестеноз (20%).

47. Биопластические материалы в хирургии дефектов тканей при синдроме диабетической стопы (морфологические аспекты)

Корейба К.А. (1,2), Цыплаков Д. Э. (1),
Минабутдинов А.Р. (3)

Казань

- 1) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ
- 2) ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ, Москва
- 3) ГАУЗ "Клиника медицинского университета"

Актуальность. Одним из приоритетных вопросов современной хирургии является лечение трофических дефектов кожи и мягких тканей. Актуальность данного направления обусловлена: неоднозначность патогенеза трофических дефектов, склонность к рецидивированию и увеличению объема на фоне консервативного лечения и устойчивость к нему, ухудшение качества жизни больных, страдающих данной патологией, сложность и длительность лечения, большие экономические затраты на лечение и реабилитацию. Материалы и методы. Изучение эффективности биоматериала проводили в ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г.Казани. Исследуемую совокупность пациентов с синдромом диабетической стопы составили 26 человек, в том числе 10 мужчин (38,5%) и 16 женщин (61,5%). Возраст исследуемых составлял от 48 до 79 лет, в среднем – 62,3±7,9 года. Глубина поражения тканей в когорте W2-3 или W4-5 после некрэктомии или оргоуносящей операции на уровне стопы (метатарзальная ампутация); поражение артерий ХАН1-2Б или ХАН 3А-4 (после реконструктивных операций). Был изучен биопсийный материал, полученный на 1, 7, 14 и 21 сутки после аппликации биоматериала гистозэквивалент-биопластического «G-DERM» (Джи Дерм)» (состав: гиалуроновая кислота 90%, коллаген 10%). Фиксация медицинского изделия «Материал гистозэквивалент-биопластический «G-DERM» (Джи

Дерм)» осуществлялась в 10% нейтральном формалине по Лилли или жидкости Боуэна. Согласно общепринятой методике (Саркисов Д.С., Перов Ю.Л., 1996) после соответствующей проводки по спиртам возрастающей концентрации следовала обработка в ксилоле и заливка в парафин. На микротоме Leica SM 2000R изготавливались парафиновые срезы толщиной 4-5 мкм. Полученные препараты окрашивались гематоксилином и эозином, по ван Гизону, а также использовались для иммуногистохимического исследования (Taylor C.R., Cote R.J., 1994) с помощью набора моноклональных антител (МКАТ): 1. Клон - V9, антиген - виментин, специфичность - фибробласты, рабочее разведение - 1:300 (Lab Vision); 2. Клон - AE1/AE3, антиген - панцитокератины (ЦКР), специфичность - эпителиальные клетки, рабочее разведение - 1:300 (Lab Vision). Связывание первых антител с клеточными и структурными элементами определялось при помощи стандартного биотин-стрептавидин-пероксидазного метода (DAKO: LSAB® + System-HRP, код K0690) с диаминобензидином в качестве хромогена и дополнительной окраской гематоксилином Майера. Результаты. На 1 сутки исследования гистологическая структура биоматериала, покрывавшего язвенный дефект, была представлена аморфным ячеистым эозинофильным матриксом без каких-либо включений. Иммуногистохимически биоматериал «G-DERM» был также интактен. На 7 сутки после аппликации во всех наблюдениях имела место выраженная клеточная инфильтрация биоматериала нейтрофилами, лимфоцитами, макрофагами и фибробластами. Последние определялись иммуногистохимически МКАТ против виментина. При этом реакция МКАТ против панцитокератинов была отрицательной. 14 сутки: на данном сроке определялось плотное соединение биоматериала с подлежащими тканями. На границе соединения отмечалась пролиферация фибробластов и разрастание коллагеновых волокон. Происходило изменение состава инфильтрата: преобладающей популяцией были фибробласты, что подтверждалось реакцией МКАТ против виментина. Кроме того, иммуногистохимический анализ выявлял здесь отдельные эпителиальные клетки – кератиноциты. В подлежащих тканях при этом стихала воспалительная реакция с началом репаративных процессов. Это выражалось в пролиферации кровеносных сосудов с развитием вокруг соединительнотканых структур по типу формирования грануляционной ткани. На 21 сутки биоматериал «G-DERM» полностью покрывал поверхность язвенного дефекта и без четкой

границы сливался с подлежащими тканями. Более того, на обширных участках имело место его рассасывание с замещением фибробластическими клеточными элементами и волокнистыми структурами. Происходила пролиферация сосудов и разрастание соединительной ткани, что сопровождалось выраженной реакцией МКАТ против виментина и увеличение экспрессии МКАТ против пан-цитокератинов в эпителиальных клетках; кератиноциты, в отличие от предыдущего срока наблюдения, были объединены в небольшие конгломераты. Выводы. Как показали наши исследования, применение «Материала гистозэквивалент-биопластического «G-DERM» (Джи Дерм)» у пациентов с трофическими дефектами мягких тканей при синдроме диабетической стопы в большинстве случаев (64% изученных препаратов) способствует значительному уменьшению воспалительной реакции в подлежащих тканях, отсутствию осложнений в виде деструкции и некроза, а также развитию процессов репаративной регенерации на 21 сутки применения.

48. Закрытие дефектов мягких тканей после реконструктивных вмешательств на артериях нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы

Корейба К.А.(1,2), Минабутдинов А.Р.(3)

Казань

- 1) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, кафедра хирургических болезней №2
- 2) ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ, Москва
- 3) ГАУЗ "Клиника медицинского университета"

Актуальность: Реперфузионный синдром - совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях. Выделяют два компонента реперфузионного синдрома: 1. местный, в результате которого усугубляется местное повреждение, 2. системный, проявляющийся как вторичная недостаточности органов и тканей, удаленных от ишемизированных. В настоящее время большое внимание уделяется вопросам лечения местных расстройств при сосудистых реконструкциях, в связи с увеличением

их количества, видов и качества, у больных с синдромом диабетической стопы. Цель: Разработать лечебную тактику ведения больных с синдромом диабетической стопы при реконструкции артериального русла нижних конечностей. Материалы и методы: Структура реконструктивных операций на артериях нижних конечностях при синдроме диабетической стопы, выполненных на базе центра «Диабетическая стопа» г. Казани: 2015 год – 156 (открытые – 69, эндоваскулярные – 87), 2016 – 110 (открытые – 30, эндоваскулярные – 80). Вид оперативной сосудистой реконструкции определялся индивидуально, опираясь на данные цветового дуплексного сканирования артерий и результаты ангиографического исследования в дооперационном периоде. При выборе методики восстановления артериального кровотока ориентировались на классификацию TASC II (2007). Реперфузионный синдром клинически верифицирован в 28%-31% случаев при открытой реконструкции и в 4% случаев при эндоваскулярной. С целью профилактики возникновения и снижения тяжести течения послеоперационных осложнений, нами разработан и с 2014 года внедрен в практическую деятельность способ лечения дефектов тканей при реперфузионном синдроме после реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей. На фоне поддерживающей консервативной терапии (патент на изобретение № 2548739 от 3 1.03.2014г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ). Мы применяем материал гистозэквивалент-биопластический «G-DERM» (Джи Дерм)» представляет собой пластинчатый полимер гиалуроновой кислоты (90%) и коллагена (10%). Исследуемую совокупность пациентов с синдромом диабетической стопы составили: мужчины 38,5%, женщины 61,5%. Возраст исследуемых составлял от 48 до 79 лет, в среднем – 62,3±7,9 года. Длительность срока от начала сахарного диабета до момента возникновения трофической язвы у исследуемых значительно варьировала, медиана показателя составляла 91,5 мес. (Q1-Q3: 69-189 мес.). Сопутствующая ДПН распределялась по степеням в зависимости от оценок НДС: наибольшую долю в структуре исследуемых составляли пациенты с умеренно выраженной ДПН (76,9%), доля пациентов с выраженной ДПН составляла 23,1%. Методика. После дебридмента дефекта тканей на фоне купированного отека синдрома с применением необходимого в конкретном случае метода обезболивания до появления т.н. «кровяной росы» производилась аппликация материала гистозэквивалент-биопластического «G-DERM» (Джи Дерм)». Перед

наложением на раневую поверхность пластина биоматериала или обильно орошались р-ром NaCl 0,9% с целью увлажнения, Материал моделировался по форме и размеру раны, с учетом выступа за края дефекта на 5 - 10 мм, затем укладывался на подготовленную раневую поверхность. Критерием правильного наложения материала считалось отсутствие воздушных «карманов» и затёков с полным повторением рельефа. Материал с заданным периодом биодеградации служит для стимуляции репаративно-пролиферативных процессов в ране, участвует в формировании эпителиального покрова и находится на ране и применяется до полного заживления. В случае частичного рассасывания материала на данные участки укладывались новые лоскуты биоматериала «G-DERM». Из нашего опыта повторная аппликация производилась в среднем на 7-9 сутки. Согласно результатам проведенного анализа относительной скорости заживления раны (RSH), определенной для каждого из этапов наблюдения, не имела статистически значимых различий ($p=0,218$). Минимальное значение медианы RSH отмечалось при оценке изменений за первую неделю, составляя 24,13%, максимальное – на третьей, составляя 28,32%. При оценке RSH за весь трехнедельный период наблюдения была установлена медиана показателя, равная 63,03% (Q1-Q3: 48,17-79,68%). Было проведено сравнение оценки выраженности болевого синдрома в области трофической язвы по ВАШ в динамике. Доля пациентов, отмечавших выраженность местного болевого синдрома по шкале ВАШ: «0-1 балл» на начало исследования составляла 19,2%, к 21 дню наблюдения 84,6%; «2-3 балла» на начало исследования составляла 46,2%, к 21 дню наблюдения 15,4%; «4-5 балла» на начало исследования составляла 34,6%, к 21 дню наблюдения 0%. При сравнении изменений выраженности боли в области трофической язвы за первую неделю с помощью критерия Уилкоксона были также установлены статистически значимые различия ($p<0,001$), соответствующие частоте снижения показателя у 21 пациента (80,8%). За вторую неделю выраженность боли снижалась у 16 пациентов (61,5%), а за третью – у 10 (38,5%). Отсутствие динамики показателя, в основном, было связано с отсутствием боли в начале. Выводы. 1. В результате применения материал гистоеквивалент-биопластический «G-DERM» (Джи Дерм) у пациентов с дефектами кожи и мягких тканей при синдроме диабетической стопы отмечалась благоприятная динамика клинического состояния, выражающаяся в уменьшении объема раны и снижении выраженности болевого синдрома.

2. Отмечено купирование воспалительной реакции и значимая регенерации дефекта тканей. 3. Относительная скорость заживления раны была равномерной на протяжении всего периода наблюдения и не зависела от исходных клинико-анамнестических данных пациентов. 4. Применение биоматериала у пациентов с трофическими дефектами мягких тканей при синдроме диабетической стопы после артериальной реконструкции в большинстве случаев (64%) способствует значительному уменьшению воспалительной реакции в подлежащих тканях, отсутствию осложнений в виде деструкции и некроза, а также развитию процессов репаративной регенерации.

49. Осложнения операций традиционной и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и их коррекция внутриспросветной эндоскопической хирургией (ВПЭХ)

*1 Балалыкин А.С., 2 Гвоздик В.В.,
1 Барбадо-Мамедова П.А., 4 Муцуров Х.С.,
2 Вербовский А.Н., 3 Оразалиев Г.Б., 3 Оразалиев Б.Х.,
2 Рыжкова М.М., 2 Архипкин А.К.*

1 Наро-Фоминская РБ. 2 ЦГКБ г. Реутов. 3 РБ г. Беруний, Узбекистан. 4 РБ г. Грозный.

1 Наро-Фоминск 2 Реутов. 3 Беруний, Узбекистан.
4 Грозный.

Актуальность. Операция ЛХЭ является в настоящее время стандартом обучения и широко применяется в клинической практике городских и районных больниц. Отличаясь от традиционной операции многими преимуществами, она, тем не менее, несет в себе целый ряд неудач, которые дискредитируют её, вызывают ряд профессиональных и социальных проблем (вплоть до судов). Знание негативных проблем операции ЛХЭ, мер профилактики и способов коррекции актуальны и требуют изучения. Несомненные перспективы в решении этих вопросов принадлежат внутриспросветной чреспапиллярной эндоскопической хирургии (ВПЭХ). Цель исследования: оценить возможности ВПЭХ в коррекции некоторых неудач операции холецистэктомии. Материалы и методы, обсуждение. С 1991 года первой выполненной нами

операции ЛХЭ и первой нашей публикации в 1993г. о её неудачах, мы постоянно возвращались к этому вопросу и накопили достаточно большой материал их коррекции с помощью ВПЭХ, в том числе после традиционной холецистэктомии (ТХЭ). В 2015-2016 гг мы наблюдали 87 больных с неудачами операций ХЭ (44 – после традиционной и 43 – после ЛХЭ): 7 - с повреждениями желчных протоков (ЛХЭ-6, ТХЭ-1); 4- с желчеистечениями из-за негерметичности наружных дренажей желчных протоков (НДЖП) (3-Т-образных, 1-трубчатый); 17- с несостоятельностью культи пузырного протока (НКПП); 1- с желчным свищом (ЖС); 7 - со стриктурами желчных протоков (ЖП); 27- с забытыми камнями; 1- с неполной ХЭ. Клинически они сопровождалась перитонитом (4), желтухой (19), желчеистечением (13) и другими проявлениями, у 21- они сочетались. После ЛХЭ у 43 больных превалирующими были повреждения ЖП (у 6 из 7 больных), НКПП (14), стриктуры ЖП (6 из 7), а после ТХЭ у 44 больных – желчеистечения в брюшную полость и наружу (14), холедохолитиаз (23) и др. Итак, для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖП и НКПП, а при ТХЭ – проблемы НДЖП, холедохолитиаз и аденомы БДС. Недостаточное предоперационное обследование и игнорирование чреспапиллярной и интраоперационной холангиографией – причина неадекватных операций ТХЭ и резидуального холангиолитиаза и не устраненных новообразований. Чреспапиллярная ЭХ представляет новое направление в коррекции ряда неудач операции ХЭ, ставшее методом лечения 66 из 87 пациентов и включающее комплекс оперативных вмешательств: эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием пластиковыми и металлическими стентами при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость и помимо НДЖП (11 из 14) и НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненны перспективы ре- и лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холедохолитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при обширных травмах (3 из 6) и стриктурах желчных протоков (4 из 7 больных). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом и Т-образным дренажом от печеночной недостаточности. Выводы: 1. Перед операцией ХЭ абсолютно показана дуоденоскопия эндоскопом с боковой оптикой и тщательной ревизией дуоденального сосочка. 2. Внутрипросветная эндоскопическая чреспапиллярная хирургия перспективна при касательных повреждениях ЖП,

НКПП, дефектах НДЖП, холедохолитиазе и новообразованиях БДС.

50.Единый лапароскопический доступ как вариант выбора при остром холецистите

Тойдзе В.В., Акимов В.П., Крикунов Д.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Санкт-Петербург, Россия

Выполнение хирургических манипуляций из лапароскопического доступа позволило: снизить травматичность, повысить качество выделения анатомических структур, улучшить визуальный контроль всех этапов операции, уменьшить послеоперационную боль. Так же, немаловажным является уменьшение количества раневых послеоперационных осложнений и частоты развития спаечной болезни брюшины, сокращение сроков пребывания в стационаре, а также хороший косметический результат. Развитие лапароскопической хирургии привело к формированию более узких разделов, таких как Единый лапароскопический доступ (ЕЛД). Данный раздел является перспективными направлениями развития технологии доступа в лапароскопической хирургии, не смотря на очевидные преимущества данного метода, он не нашел широкого применения на территории РФ. Цель: изучить возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите с помощью единого лапароскопического доступа (ЕЛД) в повседневной практике хирурга. Оценить преимущества и недостатки данного метода относительно классической (4-х портовой) холецистэктомии. Материалы и методы исследования: Выполнен проспективный анализ, включающий 70 пациентов, которые были распределены на две группы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. В основной (1-й), группе (35 пациентов — 24 женщины и 11 мужчин) была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием ЕЛД. Во 2-й, или группе сравнения, (35 больной — 23 женщины и 12 мужчины) выполнили традиционную ЛС (4-

портовая) ХЭ. В основной группе средний возраст составил 52,3 года (от 30 до 72 лет), в группе сравнения — 50,4 года (от 29 до 70 лет). Индекс массы тела в первой группе в среднем составил 32 (от 27 до 40,7 кг/м²) во второй 31 (от 26 до 38,5 кг/м²). Все оперативные вмешательства были выполнены в срок с 01.01.2015 года по 01.01.2017 года. Все оперативные вмешательства выполнялись одной бригадой хирургов. Все оперативные вмешательства выполнены не позднее чем через 36 часов от начала заболевания. Послеоперационную абдоминальную боль регистрировали через 2, 4, 6, 12, 24, 48 и 72 ч после операции, до приема анальгетиков. Для оценки послеоперационной боли использовали цифровую (10-балльную) оценочную шкалу (NRS) «отсутствие боли» (0) до «нестерпимой боли» (10 баллов). Так же был оценен косметический эффект после выполнения операции — размер п/о рубца в околопупочной области на следующие сутки после операции и через 3 месяца. Была проведена оценка средней продолжительности операции и койко-дня после операции. Результаты: Средняя продолжительность оперативного вмешательства в первой группе составила — 43,9 мин., в группе сравнения — 39,5 минуты. Более длительный период выполнения однопортовой холецистэктомии связан с постановкой единого порта. В обеих исследуемых группах не было отмечено переходы на открытую либо комбинированную холецистэктомию при ЕДЛ. Проведя анализ уровня боли в послеоперационном периоде, мы отметили значительные различия через 12 ч после операции — в первой группе средняя оценка составила 2 балла, в то время как в группе сравнения — 5,4 балла. Так же после 24 ч пациенты в основной группе практически не ощущали боли и готовы были покинуть стационар, в группе сравнения средняя оценка боли достигала 3,9 балла. Интра- и послеоперационные осложнения в обеих группах отмечены не были. Средняя продолжительность койко-дня в первой группе составила - 1,7, в то время как во второй длительность пребывания в стационаре была гораздо выше — 2,8 дня. Косметический эффект: средний размер п/о рубца в первой группе составил 2,8 см который скрывался в пупке и через 3 месяца был практически не заметен, во второй - 2,0 см, учитывая что в первой группе был выполнен лишь один разрез кожи, а во второй 4- ЕЛД несомненно является методом выбора выполнения холецистэктомии для достижения максимального косметического эффекта. Выводы: Единый лапароскопический доступ является эффективным методом доступа при остром холецистите для достижения гладкого течения послеоперационного

периода: уменьшения болевого синдрома, снижения длительности койко-дня и достижения максимального косметического эффекта. Учитывая полученные результаты следует стремиться к введению холецистэктомии при помощи единого лапароскопического доступа в повседневную практику хирургического стационара. Выполнение холецистэктомии через единый лапароскопический доступ особенно рекомендуется молодым девушкам для которых косметический эффект играет не последнюю роль, а так же соматически неотягощенным пациентам что будет способствовать ранней реабилитации.

51. Отдаленные результаты комплексного лечения гнойно-некротических осложнений контурной гелевой пластики молочных желез

Османов Э.Г., Мачарадзе А.Д.

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Актуальность: в 90-х годах прошлого века в России пластическими хирургами широко применялась методика увеличивающей пластики молочных желез (МЖ) с помощью полиакриламидного геля (ПААГ). Во многом популярность ее объяснима тем, что методика достаточно проста, не требует хирургических навыков. Недолго заставили себя ждать и первые сообщения о септических осложнениях после введения ПААГ, связанные как со структурой геля, так и с нарушениями инструкции по его использованию, которые объединили в "полиакриламидный маммарный синдром". Материал и методы: в период с 2008 по 2016 гг. в клинике факультетской хирургии № 2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова на базе УКБ №4 проведено комплексное лечение 21 женщины в возрасте от 36 до 58 лет. Все они экстренно госпитализированы с гнойно-некротическими осложнениями гелевой аугментации МЖ. Сроки возникновения осложнений и обращения за медицинской помощью составили от 5 до 16 лет с момента инъекции ПААГ. Для лечения полиакриламидного синдрома мы используем плазменную технологию. Основой тактики являлась радикальная обработка гнойной инфекции, удаление безоболочечного имплантата, иссечение гелеом и некрозов - в сочетании с высокоэнергетической плазменной

обработкой в режиме резки-коагуляции и «НО-терапии». Последняя продолжалась до выписки. В 15 наблюдениях проводилось гистологическое исследование тканей зоны плазменной диссекции. Результаты: непосредственные результаты комплексного лечения в 100% случаев признаны удовлетворительными. Осложнений, ассоциированных с комбинированным вмешательством не выявлено. Однако спустя 2 года после выписки повторная госпитализация имела место в 2 (9,5%) наблюдениях, причем у одной пациентки кратность госпитализаций составила 4. Обсуждение: все исследователи подчеркивают специфику болезни, невозможность полной и окончательной элиминации ПААГ из тканей МЖ в ходе одного вмешательства. Это, в свою очередь, становится фактором, поддерживающим хронический гнойно-воспалительный процесс и отрицательно влияющий как на прогноз, так и результаты последующего эндопротезирования железы. Обзор литературы показал, что даже адекватно выполненное вмешательство с тщательным отмыванием остатков геля растворами антисептиков, ультразвуковой кавитацией не дает 100% гарантии. По данным Н.О.Миланова с соавт. (2006, 2008) и А.Мапafi et al. (2010) возможно повторное скопление ПААГ в тканях после радикальной обработки очага. Выполнение основных этапов вмешательства нередко сопряжено с техническими трудностями; описаны случаи развития гематом и кровотечений в послеоперационном периоде. Мы считаем, что плазменно-физическая вапоризация патологически измененных тканей МЖ и гелеом, оптимально дополняет некрэктомию, осуществляемую с помощью стандартного хирургического инструментария. Что и было подтверждено данными морфологического исследования биоптатов. Выводы: для оптимизации отдаленных результатов лечения гнойно-некротических осложнений гелевой пластики МЖ необходим комплексный подход, основанный на применении различных хирургических энергий. Применение плазменных потоков в различных режимах обеспечивает, с одной стороны, максимальное удаление инородного вещества из очага, с другой стороны, ускоренное купирование перифокального воспаления. Рекомендации: с учетом хронического воспалительного процесса и перенесенных операций, повторное эндопротезирование МЖ необходимо выполнять только в ведущих клиниках пластической хирургии и не ранее, чем через 2-3 года после санирующей операции.

52. Лапароскопическая герниорафия пупочного кольца при симультанных операциях

Мяконький Р.В. (1), Иванченко А.Ю. (2), Иванченко С.В. (1), Андриянов А.Ю. (1)

Волгоград

- 1) ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3
- 2) ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 1

Актуальность. Пупочной грыжей по данным разных авторов страдает 2-15% взрослого населения, чаще заболевание встречается у женщин. Это обстоятельство ориентирует на поиск максимально косметических вмешательств, что продиктовано требованием современной социальной бьюти-сферы (Р.В. Мяконький и соавт., 2017). В современных условиях, когда технический прогресс в части материального оснащения практического здравоохранения и широкого внедрения малоинвазивных технологий радикального лечения достиг невиданных ранее масштабов, безопасное оперирование пациентов становится основой качества оказания медицинской помощи. Ключевыми требованиями к любому оперативному вмешательству являются его надежность, легкая воспроизводимость и тиражирование, низкая стоимость. В настоящее время весьма востребованы эффективные методики оперативного лечения, которые могут быть выполнены даже начинающими хирургами (А.В. Быков, Р.В. Мяконький, 2017). Одномоментное (симультанное) оперативное лечение нескольких хирургических заболеваний к настоящему времени стало довольно распространенным явлением. И этому есть ряд причин. За одну госпитализацию происходит лечение нескольких хирургических заболеваний, при этом срок нетрудоспособности пациента если и увеличивается, то незначительно. Значительно снижаются затраты как лечебного учреждения, так и органов социальной защиты населения, что в целом формирует финансовый резерв для оказания медицинской и социальной помощи большему числу пациентов. К тому же, ряд оперативных методик может быть использован в рамках концепции Fast Track. В 1976 г. Л.И. Хнох и И.Х. Фельтшнер определили симультанные вмешательства как операции, одновременно производимые на двух или более органах брюшной полости по поводу разных, не связанных между собой заболеваний. В 1980 г. Н.Н. Малиновский и

Л.В. Поташев внесли важное дополнение: «...с возможностью выполнения операций из одного или различных хирургических доступов». В обоих случаях авторы имели в виду одну анатомическую область – брюшную полость. К.Д. Тоскин и соавт. значительно расширили понятие simultанного вмешательства, определив его как одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение. Таким образом, была обозначена принципиальная возможность выполнения simultаннных операций независимо от анатомической локализации патологического субстрата (Р.О. Игнатъев, С.М. Батаев, 2012). Выполнение simultаннных операций на органах брюшной полости в плановой хирургии, безусловно, является обоснованным (А.Ф. Леонтьев и соавт., 2009). Что касается острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости и simultаннных операций, то в этом направлении дискуссия не окончена. До сих пор окончательно не решен вопрос о допустимости сочетания отдельных видов операций с условно различной степенью «чистоты». Так, наличие активного воспалительного процесса в области грыжевого мешка при осложненной грыже является противопоказанием к выполнению одномоментной герниопластики. Однако, в литературе ряд авторов приводит опыт как позитивных исходов таких операций (М. Martula et al., 1968; E.Q. Archampong, 1969; S. Vlazakis et al., 2002; A. Comman et al., 2007), так и негативных (А.Г. Voronin, 1962). Нужно отметить, что работы авторов, указывающих на неблагоприятные исходы, относятся к периоду до активного внедрения в хирургическую практику лапароскопии. Повсеместное наличие видеолапароскопической аппаратуры создало все условия для выявления и устранения грыж передней брюшной стенки, как при плановых вмешательствах, так и при операциях по поводу острого живота без реконструкции и пластики тканей как таковых. Нами предложена одна из таких методик при пупочной грыже. Материалы и методы. На базе хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3» г. Волгограда, разработан и внедрен новый способ лапароскопической герниорафии, использование которого целесообразно при наличии пупочной грыжи при simultаннных операциях в абдоминальной хирургии, гинекологии, урологии и детской хирургии. В связи с тем, что предлагаемый метод герниорафии является новым, необходимо описать оснащение и методику выполнения данного вмешательства. Оснащение: стандартная лапароскопическая стойка; лапароскопические

инструменты: троакар диаметром 10 мм (в авторской версии с винтовой фиксацией), троакары диаметром 5 мм – 2 шт., электрокоагуляционный крючок и ножницы, зажимы жесткие – 2 шт., шовный инструмент Berci; а также общехирургические инструменты: зажим Бильрота, иглодержатель Гегара, игла хирургическая режущая с изгибом 3/8 окружности или лыжеобразная игла, лигатуры из нерассасывающегося материала 3/0. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Положение пациента на спине. Расположение операционной бригады (в авторской версии): слева от пациента оператор и ассистент, операционная медицинская сестра на противоположной стороне справа. По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 10 мм. Через разрез в брюшную полость вводится троакар с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, через который накладывается карбоксиперитонеум 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. 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 несколько насечек по 2-3 мм, через которые с помощью шовного инструмента Berci выполняется прокол брюшной стенки. Нить в брюшной полости ассистент фиксирует зажимом. Инструмент Berci удаляется и аналогичным образом прокалывается брюшная стенка в контрлатеральной насечке, нить захватывается инструментом Berci и выводится наружу. После наложения 3-4 таких швов, один из концов нити с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. После этого, открыв троакары, производится снятие карбоксиперитонеума для уменьшения натяжения тканей. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити),

который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Получаются вертикальные (относительно грыжи) П-образные швы. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Бильрота. Последовательно погружаются все узлы, в результате чего устраняются грыжа, при этом пупок гофрируется. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины. Ревизия брюшной полости. Удаление углекислого газа из брюшной полости. Ушивание троакарных ран. Наложение асептических повязок. Полученные результаты. В период с 2017 по 2018 гг. пациентам обоего пола в возрасте от 19 до 46 лет нами выполнены симультанные операции (n=39): 26 женщинам и 13 мужчинам. Обсуждение. Основная масса пупочных герниоразий приведенным способом выполнена пациентам с желчнокаменной болезнью, оперированных по поводу острого и хронического калькулезного холецистита, в тех случаях, когда извлечение желчного пузыря производилось через параксефоидальный троакарный доступ. В тех случаях, когда желчный пузырь, извлекался через окологруничной троакарный доступ, грыжа ушивалась узловыми швами, что фактически повторяет принцип ушивания по предлагаемой выше методике, только герниоразия производится открытым способом. Мы имеем опыт выполнения 5 лапароскопических пупочных герниоразий у пациентов с односторонними паховыми грыжами. Симультанные операции заключались в устранении паховых грыж с использованием трансперитонеальной лапароскопической герниопластики (TAPP) и пупочной герниоразии по нашей методике. Также пупочная герниоразия выполнялась пациентам при диагностической лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии. Во всех случаях симультанных оперативных вмешательств осложнений со стороны области пупочного кольца получено не было. Данное обстоятельство позволяет высказать предположение о возможности широкого использования предлагаемой методики герниоразии как самостоятельного метода при пупочной грыже, так и части симультанного вмешательства не только в абдоминальной хирургии, но и в гинекологии и урологии. Выводы. Предлагаемый лапароскопический метод герниоразии может быть использован как способ санации грыженосителей с пупочными грыжами, как простой, экономически выгодный и легко воспроизводимый начинающими хирургами, востребованный среди молодых пациенток (Р.В.

Мяконикий, С.В. Иванченко, А.Ю. Андриянов, А.Б. Милованов, 2017). Этот метод может рассматриваться как стационар-сберегающая технология в рамках концепции Fast Track. Ближайшие результаты указанной методики представляются весьма обнадеживающими и перспективными для использования, в том числе в детской хирургии (Г.У. Кайынбаев, А.В. Федоров, Н.Ф. Рассулов, 2017). Если рассматривать лапароскопическую герниоразию при пупочной грыже как самостоятельный метод оперативного пособия, то она может быть использована как альтернатива IPOM-пластики, или же, как дополнение IPOM-пластики с целью достижения более выраженного косметического эффекта. Рекомендации. Способствовать широкому внедрению предложенной лапароскопической герниоразии в повседневную хирургическую практику, как специализированных герниологических центров, так и общехирургических стационаров. При накоплении достаточного материала оценить отдаленные результаты предложенной методики.

53. Хирургические аспекты модифицированной операции Appleby. Опыт 23 окклюзий чревного ствола без артериальных реконструкций

*Егоров В.И. (1), Петров Р.В. (1),
Старостина Н.С. (2), Журина Ю.А. (1)*

Москва

Городская клиническая больница им. братьев
Бахрушиных ДЗМ (1) Московский клинический
научный центр (2)

Цель. Оценить непосредственные и отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения рака тела поджелудочной железы (ПЖ), вовлекающего чревной ствол и(или) его ветви. Введение. Дистальная резекция ПЖ с иссечением чревного ствола (ДРПЖЧС, модифицированная операция Appleby) все чаще используется при погранично-резектабельном раке тела ПЖ. По-прежнему обсуждается вопрос об онкологической целесообразности и хирургической безопасности ДРПЖЧС. Считается, что существенная редукция артериального кровоснабжения печени при иссечении чревного ствола может приводить к

абсцессам печени и/или некрозу желчного пузыря. Дискуссионным остается вопрос о необходимости восстановлению кровотока через общую печеночную артерию после резекции чревного ствола. Пациенты и методы: у 111 последовательных пациентов с раком тела-хвоста ПЖ (36), раком желудка с вовлечением ПЖ (30) и опухолями печени (45) при КТ до операции, а после ДРПЖЧС (22) и после оценивался тип артериальной архитектуры, диаметры общей и собственной печеночных, гастродуоденальной артерий, наличие и ширина панкреато-дуоденальных аркад. Интраоперационно определялись диаметры магистральных артерий, скорость кровотока в печеночных артериях до и после пережатия общей, добавочной и замещающей печеночных артерий, а также наличие артериального кровотока в печени с помощью Допплеровского сканирования. Оценена выживаемость больных раком тела ПЖ после ДРПЖЧС. Результаты: Медиана выживаемости больных раком тела ПЖ после ДРПЖЧС составила 24 месяца, актуальная 5-летняя выживаемость -16%, что сопоставимо с результатами панкреатодуоденальных резекций по поводу рака ПЖ. Медиана выживаемости была значимо больше у пациентов, получивших неоадьювантную терапию. Не отмечено ишемических осложнений со стороны печени ни в одном случае. Третье возникла ишемическая гастропатия, однажды – с перфорацией стенки желудка. Все случаи излечены консервативно. У 72% пациентов определялся классический тип артериальной архитектуры. У 12,2% имелась замещающая правая печеночная артерия от ВБА. У 20% ПДА не выявлялись до операции, в т.ч. у 3-х, перенесших ДРПЖЧС. В 18 (17 %) наблюдениях после пережатия ОПА, длПА и зЛПА не отмечалась пульсация печеночных артерий, которая восстановилась в 8 случаях через 15 минут, а в 9 оставалась сомнительной, но артериальный кровоток в паренхиме печени определялся во всех случаях. После ДРПЖЧС отмечено увеличение диаметров ГДА и зППА в 1,2-1,5, ПДА всегда определялись в виде магистралей, хотя не были видны в половине случаев до операции. Заключение: Модифицированная операция Appleby онкологически обоснована при раке тела ПЖ с вовлечением ЧС. При сохранении артериального кровотока в паренхиме печени при ИОУЗИ, коррекция артериального кровоснабжения печени при ДРПЖЧС не требуется при любом типе артериальной анатомии. Ишемия желудка после ДРПЖЧС более частая проблема, чем ишемия печени.

54.Анастомоз между печеночными артериями. Миф или реальность

*Егоров В.И.(1), Петров Р.В.(1), Старостина Н.С.(2),
Черная Н.Р.(3)*

Москва

1. ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ,
- 2.Московский клинический научный центр,
3. 2НИИ СП им. Склифосовского

Введение: Существование анастомозов между печеночными артериями часто рассматривается хирургами как чисто теоретическое знание, которое не имеет практического применения Цель. Показать важность знания о существовании такого межартериального контакта для практических целей Метод. Анализ 10 наблюдений сохранения жизнеспособности доли печени благодаря межлобарному артериальному соустью после окклюзии одной из печеночных артерий в ходе обширных резекций поджелудочной железы (ПЖ) и желудка, и эмболизации печеночных артерий. Мониторинг артериального кровоснабжения печени до, во время и после операции осуществлялся посредством ультразвукового доплеровского сканирования паренхимы печени, КТ-ангиографией и прямой ангиографией. Результаты. Дистальная резекция ПЖ с резекцией чревного ствола и гастродуоденальной артерии при Michels IV артериальной анатомии, тотальная дуоденопанкреатэктомия с резекцией общей печеночной артерии при Michels III артериальной анатомии, ПДР с резекцией общей печеночной артерии при Michels IX артериальной анатомии, гастрэктомия с резекцией правой печеночной артерии, отходящей от чревного ствола (Michels I), эмболизация правой печеночной артерии при множественных огнестрельных ранениях (Michels I) и гигантской гепатоцеллюлярной карциноме (Michels I) были выполнены без артериальных реконструкций и ишемических последствий в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Послеоперационная КТ-ангиография или прямая ангиография показали, что кровоснабжение доли печени, потерявшей свою основную артерию, осуществляется через анастомоз между печеночными артериями. Заключение: Знание о возможностях артериального соустья между печеночными артериями позволяет резецировать или окклюзировать одну из печеночных артерий без ее реконструкции при том условии, что интраоперационное УЗ доплеровское или

ангиографическое исследование подтверждает адекватное кровоснабжение скомпрометированной доли печени.

55.Органосохраняющие резекции при опухолях поджелудочной железы и 12-перстной кишки. Опыт 80 операций

Егоров В.И., Петров Р.В.

Москва

ГКБ им. братьев Бахрушиных

Введение. Современная до- и интраоперационная диагностика опухолей панкреатодуоденальной зоны с низким или неопределенным потенциалом злокачественности делает возможным выполнение органосохраняющих резекций поджелудочной железы (ПЖ) и/или 12-перстной кишки (ДПК). Эти операции не являются рутинными, но входят в обязательный арсенал гепатопанкреатобилиарного (НРВ) хирурга. Цель. Оценить эффективность органосохраняющих резекций ПЖ и ДПК при их опухолевом поражении. Метод. Ретроспективный анализ 80 последовательных панкреас- и дуоденумсохраняющих резекций ПЖ и ДПК ПСРДПК (2007 – 2016) с оценкой демографических данных, данных предоперационного обследования, гистологического диагноза, непосредственных и отдаленных результатов. Результаты. По поводу нейроэндокринных (НЭО) (25), солидно-псевдопапиллярных (5) опухолей, серозных (3) и муцинозных(27) кистозных опухолей ПЖ выполнены дистальные резекции ПЖ с сохранением селезенки и селезеночных сосудов (6), дистальные резекции ПЖ с резекцией селезеночных сосудов и сохранением селезенки (операция Sutherland – Warsaw) (32), центральные резекции ПЖ (17), дуоденумсохраняющие тотальные резекции головки ПЖ(5) и центрсохраняющая резекция ПЖ (1). По поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли (GIST) (11), ворсинчатой аденомы(2), гигантской лейомиосаркомы (1), ганглиоцитарной параганглиомы (1) и солитарного метастаза рака эндометрия(1) было выполнено 15 панкреасохраняющих резекций ДПК, которая дважды была субтотальной с реплантацией общего

желчного и панкреатического протоков в неодуоденум, а в 13 наблюдениях – инфрапапиллярной, однажды вместе с резекцией аорты и нижней полой вены. При поражении ПЖ диагноз был установлен до операции в 48 случаях из 52, при поражениях ДПК – в 10 из 15. Наиболее точными диагностическими средствами были эндоУЗИ и КТ. При поражении ПЖ основными симптомами были боль или дискомфорт(32) или признаки гиперактивности НЭО (9), при поражении ДПК - желудочно-кишечные кровотечения (7) и дуоденальная обструкция (3). 90 –дневная летальность – 1. Осложнения встретились в 44% случаев. Не отмечено местных рецидивов и случаев развития диабета. После резекций ДПК у трех пациентов спустя 1,5- 3,5 года выявлены метастазы GIST в печень, по поводу которых проводилось комбинированное лечение. Заключение. Органосохраняющие резекции ПЖ и ДПК при опухолях с низким или неопределенным злокачественным потенциалом безопасный и онкологически оправданный способ лечения, позволяющий сохранить функции поджелудочной железы или 12-перстной кишки высокое качество жизни.

56.Трудные ситуации при лечении инсулином

Егоров В.И.(1)., Петров Р.В.(1), Бельцевич Д.Г. (2), Бабакаланов ШЗ.(3), Фадеев В.В. (4)., Малолеткина Е.С. (4)., Мударисов Р.Р. (5)

Москва

1. ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ
2. Эндокринологический научный центр, РФ,
3. Городская клиническая больница №1 г.Самарканда, Узбекистан
4. Первый МГМУ им И.М.Сеченова, Университетская Клиническая Больница №2
5. ГКБ №52 ДЗМ

Введение. Хирургическое лечение инсулином может быть значительно затруднено как анатомическим расположением опухоли, так и низким функциональным статусом пациента. Цель. Анализ сложных случаев лечения инсулином. Пациенты: 1. М, 24 год: анамнез заболевания - 8 лет лечения эпилепсии. Отмечал улучшение после сладкого. Обследован неоднократно в г. Ташкенте.

Резкое ухудшение после нескольких ночных эпизодов судорог: перестал ходить, самостоятельно питаться, плохо контролирует тазовые функции, постоянное введение глюкозы в назогастральный зонд. Обследован в Москве в марте 2016 – Диагноз: Инсулинома тела ПЖ. Гипогликемическая энцефалопатия. ECOG 4. Выполнена центральная резекция поджелудочной железы. Желудочно-кишечное кровотечение, остановленное консервативно после релапаротомии, которая не выявила источника. Операция сделала возможной реабилитацию. 2. М, 53. ИМТ 45 (155 кг). История заболевания 4 года. Билиопанкреатическое шунтирование и продольная резекция желудка 02.2017. Резкое ухудшение состояния, каждый час выпивал стакан воды со 100г сахара, чтобы не потерять сознание. Почти перестал вставать, госпитализирован с выраженной гипогликемической полинейропатией. П/о период без значимых осложнений. Периферическая нейропатия сохраняется. Снижение веса до 95 кг. 3. К., 50л., Анамнез 4 года. Инсулинома выявлена на границе тела и хвоста ПЖ. Выполнена сегментарная, смещенная влево «центральная резекция» резекция ПЖ с панкреатоэнтероанастомозом техникой MUST. Неосложненный послеоперационный период. Заключение: Эффективное органосохраняющее лечение инсулином возможно как при низком функциональном статусе, так и при значительном смещении влево от перешейки.

57. Резекция поджелудочной железы при синдроме von Hippel-Lindau. Кому, когда, как? Опыт 42 наблюдений

Егоров В.В. (1), Петров Р.В. (1), Бельцевич Д.Г. (2), Юкина М. (2)

Москва

1. ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ
2. Эндокринологический научный центр Минздрава РФ

Введение. Поджелудочная железа (ПЖ) вовлечена у 15% больных синдромом von Hippel-Lindau (VHL). Резекции ПЖ при VHL показаны при симптоматических серозных цистаденомах больше

5 см или нейроэндокринных опухолях (пНЭО) > 2-3-х см. Цель. Оценить результаты резекций поджелудочной железы у пациентов с VHL. Метод. Ретроспективный анализ 5 наблюдений из базы данных 42 пациентов с VHL (2013-17). Результаты. 42 пациента с VHL находятся под наблюдением. У 15 из них выявлено поражение ПЖ, пятерым выполнены резекции поджелудочной железы: 1. тотальная дуоденопанкреатэктомия по поводу пНЭО головки и хвоста ПЖ, на фоне ее тотального поражения серозными цистаденомами различного размера у женщины, 54 лет, которой 6 лет до этого была выполнена правосторонняя нефрэктомия по поводу светлоклеточного рака. Пациента умерла через 8 месяцев после операции от диссеминации рака почки; 2. Пациентке 45 лет с множественными гемангиобластомами мозжечка и спинного мозга, пНЭО в головке и хвосте ПЖ, 5 лет после правосторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитомы, была выполнена центрсохраняющая резекция ПЖ и левосторонняя адреналэктомия по поводу феохромоцитомы. Неосложненный послеоперационный период 3. Мужчина 47 лет с множественными гемангиобластомами спинного мозга, большими пНЭО (5-6 см) в головке ПЖ, 10 лет после двухсторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитомы был успешно излечен посредством ПДР и резекции тела ПЖ. 4. 28-летний мужчина с множественными гемангиобластомами спинного мозга, 5 лет после двухсторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитомы и 1 год после резекции правой почки по поводу рака, был успешно излечен от пНЭО хвоста ПЖ посредством дистальной резекции ПЖ. 5. 33-летней женщине. После удаления гемангиобластомы головного мозга, выполнено удаление 2-х раков почки слева, 3-х – справа, адреналэктомия слева и дистальная резекция ПЖ по поводу трех нейроэндокринных опухолей. Все пациенты были выписаны без осложнений, трое из них функциональны, работают и полностью компенсированы. Заключение. Своевременная и максимально паренхимосохраняющая резекция ПЖ является операцией выбора при пНЭО на фоне VHL. Наблюдение – эффективный метод лечения этих пациентов.

58.Эндовазальная лазерная коагуляция варикозно расширенных вен нижних конечностей у пациента после транспедикулярной фиксации позвоночника

*Чубирко Ю. М. (1), Арясов В. В. (2),
Грицаенко Р. В.(2)*

Воронеж

- 1) ГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
- 2) Клиника "ДокторЪ Ч"

Актуальность. Миниинвазивные технологии являются актуальными на современном этапе развития медицинской практики. Распространенным методом хирургического лечения выраженной прогрессирующей деформации позвоночника является транспедикулярная фиксация. При наличии сопутствующей патологии вен нижних конечностей, требующей оперативного вмешательства, возможности анестезиологического пособия ограничены. В частности, спинальная анестезия противопоказана при заболеваниях позвоночника, особенно после оперативного вмешательства на данном отделе. Материал и методы. Представляем клинический случай – пациентка с прогрессирующей деформацией позвоночного столба и варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК). Больная Н., 58 лет в 2017 году обратилась с жалобами на варикозно-расширенные вены на обеих ногах, тяжесть, отечность нижних конечностей. В анамнезе с 2013 года - стойкие неврологические нарушения и выраженный болевой синдром в поясничной области. В 2015 году проведено оперативное вмешательство – транспедикулярная фиксация позвоночника. По данным дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей на момент осмотра – варикозная трансформация ствола БПВ с обеих сторон, рефлюкс на остиальных клапанах, варикозно-расширенные притоки. После подготовки, пациентке выполнена эндовазальная лазерная коагуляция в сочетании с приустьевым лигированием БПВ и минифлебэктомией притоков по Варади-Мюллеру с использованием тумесцентной анестезии. Результаты. Операция проведена в амбулаторных условиях. После операции пациентка сразу покинула клинику. Швы сняты на 10 день после операции. Наблюдалась регулярно в течении в 6 мес. Жалоб на боли, варикозно- расширенные вены, тяжесть, отечность нижних конечностей нет. Выводы. Минимально инвазивные технологии

лечения варикозной болезни нижних конечностей позволяют выполнять вмешательства без использования спинальной анестезии. Подобный подход является перспективным у пациентов с ВБНК, перенесших оперативные вмешательства на позвоночнике.

59.Оценка эффективности воздействия естественных на раневые дефекты тканей у больных с синдромом диабетической стопы

Корейба К.А. (1,2), Минабутдинов А.Р. (3)

Казань

- 1)ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, кафедра хирургических болезней №2
- 2) ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ, Москва
- 3) ГАУЗ "Клиника медицинского университета"

Актуальность. Проблема эффективного воздействия на раневой процесс остается нерешенной, несмотря на появление разнообразных антибактериальных и антисептических средств и их широкое внедрение в клиническую практику. В настоящее время отсутствуют универсальные методы местного лечения раневых дефектов, воздействия на микробную биопленку раны, препятствующую заживлению дефектов мягких тканей при синдроме диабетической стопы. Известно, что на практике, несмотря на очевидную неэффективность и экономическую нецелесообразность, зачастую применяются перевязочные средства, не обладающие критериями и свойствами, необходимыми для адекватного ведения раневого процесса у больных синдромом диабетической стопы. Цель. Изучить влияние естественных сорбентов («целоформ») на раневой процесс у больных с синдромом диабетической стопы с использованием микроскопической визуализации. Материалы и методы. На базе центра «Диабетическая стопа» г.Казани с 2012 было проведено клиническое применение и изучение влияния сорбента естественного происхождения – «целоформ»–на местное течение раневого процесса у больных синдромом диабетической стопы.Препарат был использован в комплексном лечении группы больных (n=78) с синдромом диабетической стопы (нейроишемическая форма) с уровнем поражения

W1-3. На фоне умеренно-выраженной диабетической полинейропатии (66%) и выраженной (34%) и поражением артериального русла ХАН 1-2А по классификации Фонтейн-Лериша-Покровского. Реконструктивные операции данной группе пациентов не проводились или не были показаны. Методика применения. Сорбенты накладывались на раневую поверхность небольшим слоем до 1 мм, сверху раны закрывались атрауматичной индифферентной фиксирующей по периферии раневого дефекта повязкой без содержания фармацевтических препаратов. Слой сорбента равномерно наносился методом распыления на область дна, стенок и краев раны. перевязки выполнялись 1 раз в 2-3 дня. Критерием смены перевязочного материала и, при необходимости, повторного нанесения сорбетов служил внешний вид повязки – ее имбибиция раневым отделяемым. Результаты. Естественные сорбенты «целоформ» по заявлению производителя должны иметь звездчатую многоигольчатую структуру. Это, за счет увеличения площади сорбента, позволяет повысить сорбционную и дренирующую функцию препарата, а также механически разрушать целостность мембраны бактериальной клетки иглообразными фрагментами целлюлозы. Однако, при микроскопическом исследовании нами выявлена структура, не совпадающая с заявленной производителем Согласно результатам проведенного анализа относительной скорости заживления раны (RSH) за весь трехнедельный период наблюдения была установлена медиана показателя, равная 24,03% определенной для каждого из этапов наблюдения, минимальное значение медианы RSH отмечалось при оценке изменений за первую неделю, составляя 4,13%, максимальное – на третьей, составляя 12,3%. При использовании естественных сорбентов «целоформ» в лечении раневых дефектов мягких тканей у больных синдромом диабетической стопы было выявлено: уменьшение отека паравульнарных тканей с последующим образованием струпа в области раневого дефекта, умеренная местная антибактериальная эффективность. При изучении естественных сорбентов «целоформ» выявлена их достаточная, но кратковременная эффективность в отношении раневых дефектов с обильным экссудатом, малая эффективность при лечении нейропатических язвенных дефектах, раневых дефектах с умеренным и малым количеством экссудата. Выводы. Комплексное исследование эффективности естественных сорбентов «целоформ» при лечении групп больных с синдромом диабетической

показало: 1. Умеренную, но кратковременную, эффективность в отношении раневых дефектов с обильным экссудатом. 2. Повышенное струпообразование. 3. Низкую эффективность при лечении средне- и малоэкссудатирующих раневых дефектов. 3. Несоответствие заявленных характеристик производителем.

60. Расширенные эндоваскулярные лазерные абляции при варикозной болезни нижних конечностей

Османов Э.Г., Шулушко А.М., Крылов А.Ю.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность: наиболее популярной хирургической технологией при варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) является эндоваскулярная лазерная коагуляция (ЭВЛК) несостоятельных подкожных венозных стволов. Методика при подготовленности хирургической бригады, грамотном подходе и адекватной оценке статуса пациента открывает широкие возможности в решении тактических задач, в т.ч. у лиц с выраженным варикозным синдромом на обеих конечностях и (или) мультиперфорантным сбросом. Цель: оценить эффективность ЭВЛК у пациентов с тяжелым варикозным синдромом. Материал и методы: мы успешно применили данную технологию в сочетании с минифлебэктомией у 46 человек (30 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 23 до 70 лет (в среднем $46,5 \pm 1,0$), пролеченных в УКБ №4 Сеченовского Университета за последние два года. Предоперационный протокол включал: стандартизированный лабораторно-инструментальный комплекс, консультацию терапевта, ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС). Тяжесть течения ВБНК во всех наблюдениях соответствовала III-IV классам по классификации CEAP (1994), у 38 процесс носил двусторонний характер, в 40 наблюдениях по данным клинической картины и УЗАС – сочетанная недостаточность большой и малой подкожных вен (БПВ и МПВ), из них 20-ти с обеих сторон. В 100% наблюдений выявлен мультиперфорантный сброс (4 и более несостоятельные перфорантные вены). Оперативные вмешательства проводились под спинальной анестезией на фоне периоперационной

антибиотикопрофилактики. Из пункционного доступа в т.н. "нижней" точке рефлюкса с помощью интрадьюссера («Balton») в БПВ (МПВ) в антеградном направлении вводили лазерный световод (тип «классик»). После тумесцентной инфильтрации паравазального пространства охлажденным (до 5-60С) 0,9%Sol.NaCl выполняли высокоэнергетическую процедуру (аппарат «Лакта-Милон», мощность излучения 7-10Вт, режим - постоянный, скорость обратной автоматизированной тракции – 0,75см/сек, линейная плотность энергии 80Дж/см). Далее, проводилась ЭВЛК несостоятельных перфорантных вен (торцевой тиветовод, мощность излучения - 6-8Вт, режим постоянный, длительность экспозиции – 4сек). У всех пациентов дополнительно на голени и бедре осуществлялась минифлебэктомия по Мюллеру. Через 6ч после процедуры назначали низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке. На следующий день пациенты выписывались. Рекомендовали активный двигательный режим, постоянную компрессию ног. Антикоагулянтную терапию продолжали на протяжении 7 суток. Далее недельный курс НПВС и прием флеботоников в течение 2 месяцев. Контрольное УЗАС проводили на 2, 10 на 30 сутки после ЭВЛК. Результаты и обсуждение: среднее число эндоваскулярных процедур на пациента в группе - 3,5 (от 2 до 8). Общая частота осложнений после "больших" ЭВЛК не превышала таковую при стандартизированных процедурах. Это были: длительная парестезия, паравазальный инфильтрат, явления подкожного флебита, гиперпигментация на бедре по ходу коагулированного сосуда. На фоне антикоагулянтной терапии не отмечено ни одного случая тромбоза глубоких вен. Максимальный срок наблюдений в отдаленном периоде -14 месяцев В 2 наблюдениях по данным УЗАС выявлена сегментарная реканализация коагулированных БПВ с исходным диаметром более 15мм. Каких-либо клинических признаков рецидива болезни и эпизодов флеботромбоза не отмечено. Выводы и рекомендации: при адекватной оценке тяжести ВБНК и операционного риска расширенные эндоваскулярные лазерные процедуры на варикозных сосудах позволяют полностью излечить больного за счет однократной интервенции. Нет необходимости в этапном лечении, равно как и дальнейшей флебосклерозирующей терапии. Практически во всех наблюдениях удалось добиться не только ликвидации варикозного синдрома, но и быстрой медико-социальной реабилитации при хорошем эстетическом эффекте.

61. Недопустимость некрэктомии у пациентов в язвенных очагах гангренозной пиодермии

Жучкова У.В., Жучков М.В.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Гангренозная пиодермия является нейтрофильным иммуновоспалительным идиопатическим заболеванием кожи, часто симулирующим гнойные бактериальные поражения кожи. Внешние проявления серпигинирующего язвенного дефекта кожи и значительное количество нейтрофильных гранулоцитов в микропрепаратах приготовленных из «мазков – отпечатков» со дна ulcerации, скрывают истинную иммунологическую природу этого заболевания кожи, создают серьезные основания для диагностических ошибок в практике врачей хирургов. До настоящего времени, одним из палиативных хирургических вмешательств в подобных ситуациях является т.н. некрэктомия. Такого рода хирургическое пособие лишено патогенетического обоснования при не гнойном патологическом процессе, таком как гангренозная пиодермия. Целью данной работы было выявление влияния некрэктомии язвенных дефектов кожи у пациентов гангренозной пиодермией на скорость клинического и иммунологического выздоровления на фоне проводимой патогенетической медикаментозной терапии. Материалы и методы. В исследование было включено 16 пациентов с патогистологически и микробиологически верифицированным диагнозом язвенной формы гангренозной пиодермии, обратившихся за медицинской помощью в ГБУ РО «ОККВД». Средний возраст пациентов составил 67,3±5,7 лет. Средняя суммарная площадь очагов язвенной гангренозной пиодермии составляли 15,8±3,1% площади кожи. Всем пациентам был проведен весь необходимый объем диагностического пособия для исключения сходных с гангренозной пиодермией клинических состояний. Всем пациентам, после установления диагноза гангренозной пиодермии была назначена сопоставимая по характеру медикаментозная терапия. Системная медикаментозная терапия включала: системные глюкокортикостероидные препараты, метотрексат, циклоспорин и микофенолата мофетил. Выбор системной терапии осуществлялся исходя из двух параметров: активность иммуновоспалительного процесса и индивидуальной переносимости одного из представленных лекарственных препаратов.

Местная медикаментозная терапия включала в себя топические стероиды и антибактериальные препараты. Все пациенты в исследовании были разделены на две основные группы по наличию или отсутствию в анамнезе (до установления верного диагноза) хирургической некрэктомии язвенного дефекта ассоциированного с гангренозной пиодермией: первая группа с анамнестическим указанием на вмешательство (n=9), вторая группа пациентов (n=7) без такового. Эффективность проводимой медикаментозной терапии оценивалась по клиническим параметрам, т.к. иммунологические признаки снижения активности иммунного процесса, у пациентов гангренозной пиодермией значительно отстают от клинически значимой эпителизации процесса. Результаты. В результате исследования было выявлено, что при сопоставимой площади суммарного язвенного дефекта у пациентов первой и второй группы, средний период эпителизации язвенного дефекта статистически достоверно различался. Средние периоды эпителизации (рубцевания) язвенного дефекта в первой и второй группе пациентов составляли 33,5±2,1 и 27,1±1,9 недель соответственно. Средняя скорость эпителизации одного квадратного сантиметра поверхности язвенного дефекта во второй группе была на 16,7±1,2% ниже, чем в первой. Таким образом, скорость эпителизации во второй группе происходила достоверно быстрее. Заключение. Важнейшей причиной значительного снижения скорости эпителизации язвенного дефекта, в группе пациентов с анамнестическим указанием на проведенную некрэктомию, является иммунологический феномен паттергии, т.е. формирования новых проявлений заболевания в местах минимального травмирования кожного покрова. У пациентов с гангренозной пиодермией имеет патогенетический субстрат – пролиферацию гистологически аберрантных нейтрофилов и формирования язвенного очага или ухудшение уже имеющего в месте травмы. В нашем исследовании было показано, что некрэктомия, является достаточным травмирующим фактором для инициирования феномена паттергии и поэтому абсолютно противопоказана у данной категории пациентов.

62. Результаты лечения распространённой эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической формы рожистого воспаления в условиях общехирургического отделения городской больницы

Никонов П.В., Никонова Е.А.

Новотроицк, Оренбургская область

ГАУЗ «БСМП»

Частота гнойных хирургических заболеваний остается достаточно высокой и не имеет тенденции к снижению. Ежегодно количество таких больных растет. Большинство таких пациентов, из-за недостатка специализированных отделений, лечится в общих хирургических отделениях на выделенных гнойно-септических койках городских стационаров. За период с 2010 по 2017г в хирургическом отделении ГАУЗ «БСМП» пролечено 2038 пациентов с хирургическими инфекциями, 11,9 % (243 чел) составили пациенты с различными формами рожистого воспаления. Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с распространёнными эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической формами рожистого воспаления в условиях хирургического отделения больницы промышленного города с численностью взрослого населения 81 тыс чел. Материал и методы: Анализу подвергнуто лечение 43 больных с тяжелым течением рожистого воспаления в период разгара заболевания. Среди них преобладали пациенты старше 60 лет (73,4%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:5. Для распознавания патологии использовались клинико-лабораторные и специальные инструментальные методы исследования, проводимые одновременно с лечебными мероприятиями. С целью расширения арсенала диагностических методов, определения степени интоксикационного синдрома и получения дополнительной информации при общеклиническом анализе периферической крови проводилась оценка реакции белой крови и состояния общей неспецифической реактивности организма. Определяли индекс резистентности организма (ИРО), лейкоцитарный индекс (ЛИ), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК). Резкое снижение показателя ИРО наблюдалось у 40 (93%) пациентов, показатель ЛИ снизился у 26 (60,4%). Повышенное количество лейкоцитов крови отмечено у 29 (67,4%), а высокий уровень ИСЛК у 37 (86%) пациентов. Чем тяжелее течение рожистого

воспаления, тем чаще показатель ИРО регистрировался ниже его нормы, а показатели ИСЛК были повышены. Характерной особенностью клинического течения инфекции мягких тканей в данной группе явились обширность площади поражения с выраженной интоксикацией и общей воспалительной реакцией организма, сопровождающейся фебрильной лихорадкой, повышением показателей мочевины и креатинина, печеночных трансаминаз, гиперлейкоцитозом, с резким сдвигом формулы влево, и последующим быстро прогрессирующим ухудшением состояния. У всех пациентов с рожистым воспалением при поступлении отмечался высокий уровень фибриногена. Кроме стрептококков, в большинстве случаев (24) высевался золотистый стафилококк, в 7 метициллин-резистентный. В 8 посевах определялись стафилококки других видов, в 4 случаях Gr+ флора и энтерококки, в 4 случаях флора не обнаружена. Картина местных патологических изменений характеризовалась выраженным отеком, отслоенным эпидермисом с геморрагическим содержимым булл, прогрессирующим глубоким некрозом мягких тканей, с вовлечением фасций и мышц, нередко поздним образованием гноя. 3 пациента были госпитализированы сразу в реанимационное отделение, 10 пациентов были переведены в течение 1-2 суток госпитализации, в связи с прогрессирующим ухудшением состояния. Тактику лечения определяли с учетом тяжести состояния больных, данных дооперационных методов исследования. Наиболее сложное и длительное течение болезни протекало у пациентов в пожилом возрасте, процесс лечения затягивался и требовал наиболее комплексного подхода. Применяли общепринятую схему лечения рожистого воспаления — антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, антигистаминные средства и препараты дезагрегантов, поливитамины. В остром периоде заболевания применяли иммунотерапию. Антибактериальную терапию все пациенты получали в зависимости от выделенного возбудителя. Наряду с массивной антибактериальной, инфузионной, иммунокорректирующей и другими методами терапии - у 13 пациентов нами был применен дискретный плазмаферез с замещением удаленной плазмы среднемолекулярными декстранами, физиологическим раствором и свежезамороженной плазмой. У 3 пациентов, в связи с быстрым нарастанием гиперкалиемии и уровня азотистых шлаков, плазмаферез сочетался с гемодиализом. В зависимости от тяжести эндотоксемии проводили от 2 до 5 сеансов, что приводило к значительному

дезинтоксикационному эффекту и улучшению состояния больного. Интенсивной инфузионной терапией с применением мочегонных препаратов явления интоксикации и почечной недостаточности удалось купировать у 5 пациентов. На первом этапе перевязки осуществляли с применением антисептических, противовоспалительных растворов хлоргексидина, йодпирона, риванола, фурацилина, линимента дибунула. Проводились опорожнения появляющихся булл, этапные некрэктомии. В первые дни повязки меняли несколько раз в день. На 2-3 неделе заболевания, на фоне стихания воспалительных явлений кожи и дермы, часто формировались глубокие флегмоны и гнойные затеки. Их диагностику осуществляли динамическими УЗИ мягких тканей и поисковыми пункциями во время перевязок. Чаще всего 52% пациентам выполнялось вскрытие флегмон и дренирование гнойных затеков, 60% некрэктомия. У одного пациента произведена ампутация конечности. Умерли 3 (6,9%) пациента с выраженной ПОН и септическим шоком, потребовавшими проведения экстракорпоральной детоксикации. Комплексный подход к лечению с интенсивной терапией в условиях реанимации, активными срочными некрэктомиями и использованием эфферентных методов детоксикации позволяют улучшить прогноз заболевания и послеоперационную летальность. Наиболее грозным осложнением является сепсис, который возникает как следствие другого осложнения — гангрены и присоединении дополнительной инфекции. С помощью расчета интегральных показателей лейкоцитарной формулы периферической крови возможности получения информации о состоянии неспецифической реактивности организма при геморрагических формах рожистого воспаления расширяются.

63. Способ лечения гнойных ран во 2 фазу раневого процесса

Федянин С.Д., Коваленко А.А., Криштопов А.Л.

Витебск

Витебский государственный медицинский университет

Несмотря на значительные успехи медицинской науки проблема лечения гнойных ран остается весьма актуальной, требующей существенных материальных затрат государства. Особую сложность представляет заживление обширных и вялогранулирующих ран. Возможности применения многочисленных стандартных методов практически исчерпаны. Необходима разработка новых методов стимуляции регенерации и репарации пораженных тканей. Материалы и методы. Нами разработан способ лечения обширных и вялогранулирующих ран, основанный на применении аутоотрансплантации аспирата костного мозга. В условиях операционной под местной анестезией иглой И.А. Кассирского выполняют стерильную пункцию и аспирируют красный костный мозг. Производят кюретаж раны ложкой Фолькмана. Аспират костного мозга, содержащий аутологичные стволовые клетки, наносят на раневую поверхность. Поверх кладут марлевые салфетки. Процедуру выполняют однократно при переходе 1 фазы раневого процесса во 2. В рамках клинических испытаний метод применен у 9 пациентов с обширными и вялогранулирующими ранами различного происхождения и локализации, находившихся на лечении в отделении проктологии Государственного учреждения здравоохранения «Витебская городская центральная клиническая больница» в период с 2015 по 2017 год. Пациентам выполнялась хирургическая обработка гнойно-воспалительных очагов с иссечением некротических тканей. Антибактериальная терапия осуществлялась с применением разработанных для отделения протоколов эмпирической терапии. Медикаментозное лечение было направлено на улучшение реологических свойств крови, местной микроциркуляции и трофики тканей. Местное лечение ран проводилось согласно современным принципам лечения гнойных ран. Применялись антисептики (септомирин, мукосанин, диоксидин, йодискин, 3% раствор перекиси водорода), мази («Меколь», «Повидон-йод», «Репарэф-2», «Метилурацил», «Гентамицин»), гель «Септомирин-гель», повязка медицинская «ВАП-гель». Результаты

и обсуждение. У всех пациентов при применении предложенного метода отмечена выраженная положительная динамика в течении раневого процесса. Во всех случаях раны зажили. В качестве демонстрации применения метода приводим клинический пример. Случай представлен с согласия пациента. Пациент 73 лет поступил в стационар с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, окклюзией подвздошных артерий, гангреной нижней конечности. В анамнезе ИБС, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия. Пациенту выполнена ампутация бедра на уровне верхней трети. На операции выраженный субфасциальный отек бедра, отмечается обильное подтекание серозы, мышцы кровоточат слабо. Рана велась открытым способом. На 8 сутки после операции в ране активный гнойно-некротический процесс. Выделена ассоциация из *S. aureus*, *E. coli* и *Bacteroides spp.* Обсемененность раневой поверхности $5 \cdot 10^8$ КОЕ/мл, дегенеративно-воспалительный тип цитогаммы. Проводилось общее и местное лечение согласно современным принципам лечения гнойных ран. Пациенту выполнялись этапные некрэктомии. На 23 день после операции в ране площадью 550 см² появились грануляции, бледные, тусклые. На 24 сутки под местной анестезией иглой Кассирского выполнена стерильная пункция и аспирирован красный костный мозг, произведен кюретаж раны ложкой Фолькмана. Аспират костного мозга нанесен на раневую поверхность. Поверх уложены марлевые салфетки. После операции местное лечение проводили метилурациловой мазью и мазью «Репарэф-2». На 32 сутки рана интенсивно гранулирует, обсемененность раневой поверхности 104 КОЕ/мл, регенераторный тип цитогаммы. Пациенту выполнена пластика вторичными швами. Рана зажила. Выводы. 1. Таким образом, разработан и внедрен способ лечения гнойных ран, основанный на применении аутоотрансплантации аспирата костного мозга. 2. Необходимы дальнейшие исследования по оценке эффективности предложенного способа.

64.О повреждении желчных протоков при операции лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ)

Оразалиев Б.Х., Оразалиев Г.Б.

Беруний, Узбекистан

ЦРБ

Актуальность. В большинстве статистик частота повреждений желчных протоков (0.3-3.0%) как основного и грозного осложнения операции лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) превышает таковую (0.1-0.8%) при традиционной операции (Э.И. Гальперин, 2003). Длительность и характер операции, размеры протока, опыт хирурга не имеют значения в возникновении этого тяжелейшего осложнения, но они чаще встречаются у опытных хирургов. Предпочтительным методом коррекции является холедохоэнтероанастомоз. Проблема осложнений операции ЛХЭ была поднята на первой конференции по итогам применения операции ЛХЭ в России в 1991 г. в Курске (В.С. Савельев с.с.), а затем на международных конгрессах в 1993 году (А.С. Балалыкин с.с., Ю.И. Галлингер с.с., А.Ф. Попов с.с.). Частота повреждений желчных протоков отмечена в пределах 0.3-0.9%. В.Д. Федоров с.с. (2003) отмечают на собственном опыте и международных статистиках сотен тысяч операций ЛХЭ, в которых травмы ВПЖП не превышают 0.5%, причем они чаще встречаются у опытных хирургов. Материалы, результаты и обсуждение. В Узбекистане операция ЛХЭ начала применяться в клинике В.В. Вахидова (А.В. Вахидов при участии А.С. Балалыкина). В Берунийской ЦРБ оборудование получено в 2010 г. и выполнено 12 операций ЛХЭ. В последующие годы число операцийросло до 50, 100 и 160 и к 2016г. накоплен опыт 584 вмешательств при остром (188) и хроническом (396) холецистите. У троих (1,2 %) пациентов имело место самое серьезное осложнение – полное пересечение общего желчного протока. Считаем, что их причиной стал наш недостаточный опыт лапароскопических операций в первый год её внедрения при наличии рубцово-воспалительных изменений операционной зоны. Осложнения коррегированы лапаротомией и анастомозом протока «конец в конец». Одна (летальность 0,2%) пациентка умерла после операции от тромбоэмболии легочной артерии, у двух других проблем после операции нет. Выводы. Операция ЛХЭ – альтернатива традиционной холецистэктомии. При наличии опыта и

благоприятной анатомии методом лечения полного пересечения общего желчного протока может быть анастомозирование «конец в конец».

65.Об осложнениях операций традиционной (ТХЭ) и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и роли внутрипросветной эндоскопической хирургии (ВПЭХ) в их лечении

Балалыкин А.С. (1, 1), Гвоздик Вл.В. (2, 2), Барбадо-Мамедова П.А. (2, 2), Муцуров Х.С. (3, 3), Вербовский А.Н. (4, 4), Оразалиев Г.Б. (5, 1), Оразалиев Б.Х. (5, 1), Рыжкова М.М. (2, 2), Архипкин А.К. (2, 2)

Нарофоминск (1), Реутов (2), Грозный (3), Москва (4), Беруний, Узбекистан (5)

ЦРБ (1), ЦГБ (2), РБ (3), ГКБ №36 (4)

Актуальность. Операция ЛХЭ является в настоящее время стандартом обучения и широко применяется в клинической практике городских и районных больниц. Отличаясь от традиционной операции многими преимуществами, она, тем не менее, несет в себе целый ряд неудач, которые дискредитируют её, вызывают ряд профессиональных и социальных проблем (вплоть до судов). Знание негативных проблем операции ЛХЭ, мер профилактики и способов коррекции актуальны и требуют изучения. Несомненные перспективы в решении этих вопросов принадлежат внутрипросветной чреспапиллярной эндоскопической хирургии (ВПЭХ). Цель исследования: оценить возможности ВПЭХ в коррекции некоторых неудач операции холецистэктомии. Материалы и методы, обсуждение. С 1991 года первой выполненной нами операции ЛХЭ и первой нашей публикации в 1993г. о её неудачах, мы постоянно возвращались к этому вопросу и накопили достаточно большой материал их коррекции с помощью ВПЭХ, в том числе после традиционной холецистэктомии (ТХЭ). В 2015-2016 гг мы наблюдали 87 больных с неудачами операций ХЭ (44 – после традиционной и 43 – после ЛХЭ): 7 - с повреждениями желчных протоков (ЛХЭ-6, ТХЭ-1); 4- с желчеистечениями из-за негерметичности наружных дренажей желчных протоков (НДЖП) (3- Т-образных, 1-трубчатый); 17- с несостоятельностью культи пузырного протока (НКПП); 1- с желчным

свищом (ЖС); 7 - со стриктурами желчных протоков (ЖП); 27- с забытыми камнями; 1- с неполной ХЭ. Клинически они сопровождалась перитонитом (4), желтухой (19), желчеистечением (13) и другими проявлениями, у 21- они сочетались. После ЛХЭ у 43 больных превалирующими были повреждения ЖП (у 6 из 7 больных), НКПП (14), стриктуры ЖП (6 из 7), а после ТХЭ у 44 больных – желчеистечения в брюшную полость и наружу (14), холедохолитиаз (23) и др. И так, для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖП и НКПП, а при ТХЭ – проблемы НДЖП, холедохолитиаз и аденомы БДС. Недостаточное предоперационное обследование и игнорирование чреспапиллярной и интраоперационной холангиографией – причина неадекватных операций ТХЭ и резидуального холангиолитиаза и не устраненных новообразований. Чреспапиллярная ЭХ представляет новое направление в коррекции ряда неудач операции ХЭ, ставшее методом лечения 66 из 87 пациентов и включающее комплекс оперативных вмешательств: эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием пластиковыми и металлическими стентами при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость и помимо НДЖП (11 из 14) и НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненны перспективы ре- и лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холедохолитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при обширных травмах (3 из 6) и стриктурах желчных протоков (4 из 7 больных). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом и Т-образным дренажом от печеночной недостаточности. Выводы: 1. Перед операцией ХЭ абсолютно показана дуоденоскопия эндоскопом с боковой оптикой и тщательной ревизией дуоденального сосочка. 2. Внутрисветная эндоскопическая чреспапиллярная хирургия перспективна при касательных повреждениях ЖП, НКПП, дефектах НДЖП, холедохолитиазе и новообразованиях БДС.

66.К проблеме наружного дренирования желчных протоков (НДЖП): неудачи и пути решения

Оразалиев Г.Б. (1, 1), Оразалиев Б.Х. (1, 1), Муцуров Х.С. (2, 2), Шпак Е.Г. (3, 3), Гвоздик Вл.В. (4, 4), Барбадо-Мамедова П.А. (5, 1), Вербовский А.Н. (3, 5), Галлямов Э.А. (3, 6), Балалыкин А.С. (5, 1)

Беруний, Узбекистан (1), Грозный (2), Москва (3), Реутов (4), Нарофоминск (5)

ЦРБ (1), РБ (2), 3-й ЦВКГ (3), ЦГБ (4), ГКБ №36 (5), 1-й МГМУ им. Сеченова (6)

Актуальность. Холедохолитиаз (ХЛ), частота которого составляет 15-25 %, сопровождаемый механической желтухой и холангитом, является серьезной проблемой хирургии желчнокаменной болезни (ЖКБ), определяя сложность лечения и неадекватность операций. Интраоперационные методы исследования (холангиография, холедохоскопия, эндоУЗИ) мало используются в практике городских и районных больниц. Хирурги ограничены и технически, и во времени при проведении операции и вполне обоснованно методом выбора скорейшего ее завершения является наружное дренирование желчных протоков (НДЖП). За многолетнюю историю предложены разные методы НДЖП и предпринимались многочисленные попытки усовершенствования дренажных трубок, но лишиться метод недостатков не удалось. Целью исследования является анализ негативных сторон НДЖП и место чреспапиллярной эндоскопической хирургии (ЧПЭХ) в их решении. Материал и методы. Из 1659 ЛХЭ (584 операции - материал Берунийской ЦРБ), завершилась у 8 (2,5%) НДЖП: у 6 (75%) через культю пузырного протока (КПП) и у 2 - Т-образным дренажом. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) (контрольная группа): из 195 больных у 27 (13,9%) завершилась НДЖП: у 12 (32,4%) - через КПП и у 15 (67,6%) - Т-образным дренажом. Таким образом, при ЛХЭ предпочтение отдавалось наружному дренированию желчных протоков через КПП, а при ТХЭ - дренированию Т-образным дренажом. Из 57 больных «постхолецистэктомическим синдромом» у 17 (29.8%) для коррекции холангиолитиаза выполнена традиционная холедохолитотомия, включая 3 пациентов с Т-образными дренажами и 40 (70.2%) больным -ЧПЭХ. Таким образом, в эндоскопической хирургии частота операций НДЖП реже (2.5% против 13.9%), чем в традиционной и используется чаще дренирование через КПП. Это, во-первых, результат двухэтапной тактики ЖКБ, в

которой ЧПЭХ является первым этапом лечения больных с сочетанными поражениями желчного пузыря и желчных протоков; во-вторых, несомненный недостаток лапароскопической хирургии, обусловленный недостаточной подготовкой хирургов к проведению лапароскопической холедохолитотомии (ХЛТ). Обсуждение. Проанализированы результаты лечения 37 больных с НДЖП с целью изучения их частоты и вида, наличия проблем и пути их решения. Проблемы НДЖП являются: 1- недостаточная объективность и обоснованность проведения операций НДЖП; 2- ошибки названия, выбора и обработки дренажей; 3- методические и технические ошибки проведения НДЖП; 4- нарушение принципов послеоперационного ведения больных с НДЖП; 5- осложнения НДЖП и выбора тактики их лечения. Из 37 обследованных больных с НДЖП у 35 отмечено 52 различных неудач, ошибок и осложнений. Недостаточная объективность и обоснованность показаний к проведению НДЖП включает: - ошибки и малая информативность пред- и интраоперационной диагностики; - субъективизм хирургов, - недостаточный их опыт и помощников; - неадекватная санация желчных протоков. Недостатки НДЖП после ХЛТ обосновывают необходимость двухэтапной тактики лечения холелитиаза. Однако у 15-25% больных даже у опытных специалистов ЧПО оказываются неудачными, и методом лечения холедохолитиаза остается традиционная ХЛТ, лишь в ряде клиник выполняемая лапароскопически. ЧПО приближают хирургов к адекватным операциям при ЖКБ. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей включают: - хирурги путают название дренажей; - плохое качество и неадекватные параметры дренажных трубок; - неправильная обработка дренажных трубок. Из 23 Т-образных дренажей, названных Kehr только 9 (39%) были таковыми (срезанная полуокружность), а остальные были дренажами -J.Deaver (несрезанная полуокружность). Таким образом, дренажом Kehr называются и описываются другие виды дренажей и являются импровизацией хирургов. О дренаже по А. В. Вишневскому, который произведен у 2 (5.4%) из 37 наблюдений после ХЛТ: надо называть его именем А.Lane если мы не используем принцип «сифон-манометр» в послеоперационном периоде. Дренажом Д. Л. Пиковского называют дренаж W. Halsted - проведение дренажной трубки в общий желчный проток через КПП. Он предложил дренажную трубку диаметром 1мм и доказал текучесть желчи через неё. Ошибки проведения операции НДЖП на наш взгляд включают: неудачи

выбора места установки дренажа; неправильное размещение дренажной трубки в гепатикохоledoхе; использование нерассасывающихся нитей для фиксации дренажа приводящие к трудностям удаления, дискомфорту больных, образованию гранулем; дефекты фиксирования (тугое, слабое) дренажной трубки; пренебрежение дренированием брюшной полости. Ошибки ведения послеоперационного периода: длительное обильное желчеистечение по дренажу (7-19%); пассивное ведение послеоперационного периода; неправильное расположение желчеприемника; преждевременное и позднее удаление дренажа; удаление дренажа без контрольной холангиографии; длительное пребывание больных в стационаре. Осложнения НДЖП (ранние, поздние) у 37 больных: перегибы дренажных трубок (2-5.4%); неправильное положение бранш и нарушение проходимости желчных путей (2-5.4%); деформация гепатикохоledoха (1-2.7%); дислокация дренажа (1-2.7%); подтекание желчи мимо дренажа в брюшную полость (3-11.1%); обильное длительное желчеистечение по дренажу (7-18.9%); повреждение гепатикохоledoха при извлечении дренажа (2-5.4%); желчный перитонит, абсцессы (2-5.4%); холангит (5-13.5%); желчный свищ (1-2.7%); стриктуры гепатикохоledoха (3-11.1%). Неудачи НДЖП Т-образным дренажом у 20 из 23 больных: у 17 - холедохолитиаз, у 4 - желчеистечения в брюшную полость, у 2 - повреждение желчного протока. При НДЖП через КПП у 5 из 12 больных выявлен холедохолитиаз, подтекание желчи - у 2 и др. Традиционная лапаротомия для их коррекции проведена у 5 больных (умер 1 пациент 82 лет с желчным перитонитом); лапароскопия - у 1; ЧПО - у 31 больного. Таким образом, эндоскопия - это «палочка-выручалочка» в решении проблем НДЖП. Выводы. Проблемы операций НДЖП обусловлены недостаточной информационной и технической подготовленностью хирургов, игнорированием современных методов интраоперационного обследования, плохой оснащённостью, ограниченным применением лапароскопической и чресспиллярной хирургии при сочетанных поражениях.

67.О некоторых проблемах современной хирургии желчекаменной болезни (ЖКБ)

Балалыкин А.С. (1, 1), Галлямов Э.А. (2, 2), Шпак Е.Г. (2, 3), Муцуров Х.С. (3, 4), Гвоздик Вл.В. (4, 5), Оразалиев Г.Б. (5, 1), Вербовский А.Н. (2, 6), Барбадо-Мамедова П.А. (1, 1), Кувшинов Л.Н. (1, 1), Рыжкова М.М. (4, 5), Архипкин А.Н. (4, 5)

Нарофоминск (1), Москва (2), Грозный (3), Реутов (4), Беруний, Узбекистан (5)

ЦРБ (1), 1-й МГМУ им. Сеченова (2), 3-й ЦВКГ (3), РБ (4), ЦГБ (5), ГКБ №36 (6)

Актуальность. Операция холецистэктомия (ХЭ) – стандарт в лечении ЖКБ, а в сочетании с холедохолитотомией (ХЛТ) – сочетанных поражений желчного пузыря и протоков. За 25 лет с момента внедрения лапароскопический способ удаления желчного пузыря (ЛХЭ) стал альтернативной традиционному, а для лечения холангиолитиаза предпочтение отдаётся не ХЛТ?!, а чреспапиллярным операциям (ЧПО). ЛХЭ и ЧПО составляют двухэтапную тактику лечения, причем первым этапом являются ЧПО. Несомненные успехи и традиционной (ТХЭ), и ЛХЭ дискредитируются разнообразными тактическими и техническими ошибками и осложнениями, среди которых неправильный выбор тактики лечения; нарушения принципов интраоперационной диагностики, проведения операций и дренирования протоков и т.д. Их обсуждение актуально. Материал и методы. 50-летний хирургический опыт, 40- и 25-летний – применения ЧПО и операции ЛХЭ, включающий тысячи операций, позволяет нам сделать выводы о некоторых проблемах современной хирургии ЖКБ. 1. О тактике лечения холелитиаза (ХЛ). У многих больных, не требующих длительной интенсивной терапии осложнений (желтухи, холангита), должна шире применяться одноэтапная тактика лечения – ЛХЭ, ЛХЛТ, наружное дренирование желчных протоков (ЖП), желателно через культю пузырного протока (ДКПП). Тормозом применения одноэтапной тактики лечения являются недостаточный опыт лапароскопической хирургии (ЛХ) и владения техникой шва; плохая техническая вооруженность; высокий уровень специалистов по ЧПО и широкое их применение в лечебных учреждениях. Ссылки на тяжесть состояния большинства пациентов в условиях современного высокого уровня анестезиологии и реаниматологии несостоятельны. 2. Неотложные операции ТХЭ и ЛХЭ немислимы без качественного интраоперационного

обследования - динамической рентгеноскопии и холангиоскопии. Инструментальные диагностические и лечебные ревизии протоков жесткими инструментами (проталкивание камней, устранение стенозов ТОХ) ненадежны. Препятствиями при их введении в кишку являются не патология (камни, стенозы ТОХ и БДС, а естественные препятствия - изгибы ТОХ (панкретический, преудоденальный, папиллярный), перфорация которых и кишки в местах её прохождения протоком приводит к образованию супрапапиллярных свищей, нередко принимаемых при дуоденоскопии за раздельное впадение в кишку желчного и панкреатического протоков. 3. Наружное дренирование желчных протоков – естественный и обоснованный выход при невозможности тщательной ревизии желчных протоков: недостаточное знание способов дренирования и названия дренажей; неправильная обработка дренажных трубок и их установка; ошибки ведения послеоперационного периода и извлечения дренажей – неполный перечень ошибок в этой проблеме. 4. Некоррегированный ХЛ во время операции ХЭ, достигающий 15-25 % и составляющий большую часть неудач лечения ХЛ («ПХЭС»), обуславливают игнорирование оперативными вмешательствами на ГХ (кроме описанных выше и итраоперационной антеградной папиллосфинктеротомией) и по объективным и субъективным причинам поспешное завершение операции дренированием ГХ. Пути послеоперационного лечения: чресдренажная литотрипсия и литоэкстракция – трудоёмкий и длительный и ЧПО - ретроградная ЭПТ, МЛТ и МЭК – эффективный (до 95%), но таящей в себе серьёзные осложнения (до 8-15%). Наружные дренажи могут и облегчать (применение красителей, создание гипертензии в ЖП и условий для обнаружения БДС и введения в его устье инструментов) проведение ЧПО, которые выполняются в условиях измененной анатомии подпеченочного пространства, и затруднять ЧПО (наличие необработанных дренажей, камней выше дренажей и т.д.). 5. На наш взгляд понятие «рецидивный» холедохолитиаз – неверное. За него принимается неустранимый ХЛ во время холедохолитотомии и ЧПО (недиагностированные камни, неадекватная папиллотомия, оставшиеся мелкие камни после литотрипсии при протяженном интрамуральном и папиллярном сегментах), невыполнение ХЭ в ближайшие сроки после эндоскопической санации холедоха камни при широком пузырном протоке мигрируют в ГХ - причины «рецидивного» холангиолитиаза. Потому после эндоскопической санации желчного протока

больных с калькулезным холециститом необходимо выполнять ХЭ в ближайшие дни после ЧПО, а после выполнения трудоемких, многоэтапных ЧПО - выполнять контрольную ЭРХГ. 6. Неудачи и неадекватность операции ЛХЭ определяют: в предоперационном периоде - недостаточное обследование, применение при дуоденоскопии торцевых эндоскопов; операционном периоде - технические и тактические ошибки: игнорирование тщательной лапароскопической ревизией органов брюшной полости перед выполнением основной операции и малого таза; нетипичными видами операции холецистэктомии (вот почему в литературе мало сообщений о сочетанных операциях); дополнительными методами обследования желчных протоков; элементарными нарушениями техники операций; плохое владение инструментами и т.д. Эти причины приводят к возникновению осложнений и болезней послеоперационного периода, составляющих так называемый «постхолецистэктомический синдром» - камни гепатикохоледоха (называемые нередко рецидивными, неустранимые сочетанные заболевания БДС (аденоматоз), поджелудочной железы, 12-перстной кишки: некоррегированные сопутствующие болезни органов брюшной полости и малого таза, других областей. 7. В XXI веке ожидается прогресс эндохирургии в России и расширение нозологических форм в городских и районных больницах благодаря её широкой популяризации различными форумами, прямым видеотрансляций, назначением руководителями учебных и лечебных учреждений специалистов, прекрасно владеющих эндоскопической техникой и достигших мирового уровня эндоскопической хирургии.

68.Энтеральная оксигенация как один из элементов комплексного лечения пациентов с распространенным перитонитом

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

Симферополь

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
Медицинская академия имени С. И. Георгиевского

Актуальность. Основной причиной летальных исходов при перитонитах является молниеносное развитие тяжёлой степени эндотоксикоза. По современным данным главной причиной синдрома эндогенной интоксикации при абдоминальном инфицировании, является острая энтеральная недостаточность. Ключевым патогенетическим звеном данного синдрома является парез кишечника. Уже через 6 часов после введения в брюшную полость аэробно-анаэробной культуры *E. coli* и *V. fragilis* отмечаются деструктивные изменения в стенке тонкой кишки, вследствие чего нарушается перистальтики тонкой кишки. Классическим методом лечения нарушения проницаемости кишечной стенки является применение антибактериальных препаратов, поддержание перфузии кишечной стенки. Перспективным методом лечения направленным на улучшения перфузии кишечной стенки является оксигенация кишечника. С целью повышения эффективности лечения больных с распространенным перитонитом, нами предложен метод энтеральной оксигенации, как элемент программы «Fast-track». Доказан факт энерго-субстратного обеспечения энтероцитов и нутриентов на 50-80% за счет поступления кислорода и нутриентов напрямую из просвета кишки, нормализация рН кишечной стенки и восстановление её структурной целостности в результате использования оксигенированных растворов. Так же известно, что введения кислорода в тонкий кишечник стимулирует его моторную функцию. Материал и методы. В основу работы положен проспективный анализ лечения 33 больных с распространенным перитонитом в ГБУЗ РК ГКБ № 7 города Симферополя в период с 2016 по 2017 гг. Было сформулировано две группы больных: основная (16 больных) и группа сравнения (17 больных). Лечение больных группы сравнения проводилось согласно стандартной методике. Лечение больных основной группы дополнялось следующими элементами «Fast-Track»: •

Профилактика нарушений углеводного обмена. • Оптимизированная периоперационная инфузионная терапия; • Раннее энтеральное питание. • Энтеральная оксигенация. С целью энтеральной оксигенации всем больным основной группы устанавливали назоинтестинальный зонд (диаметр 2 мм) на 40 см дистальнее связки Трейтца. Впервые сутки через 6 часов после операции 100% кислород ввели в зонд медленно болюсно при помощи шприца Жанэ. Во время первой процедуры вводили 0,5 литра 100% кислорода, на протяжении 2 часов. Затем через 12 часов осуществляли повторные болюсы (по 250 мл) с интервалом 4 часа, на протяжении первых двух суток послеоперационного периода. Статистически значимых отличий обеих групп по этиологии заболевания, тяжести состояния пациентов при поступлении не обнаружено ($p > 0,05$). Эффективность терапии мы оценивали по клиническим признакам, инструментальным и лабораторным данным. Результаты и обсуждения. По данным электрогастроэнтерографии начало перистальтики было зарегистрировано в основной группе через 18 - 26 часов (в среднем 22 ± 4 ч), в группе сравнения через 32- 42 часов (в среднем 37 ± 5 ч). Медикаментозная стимуляция кишечника у больных из группы сравнения применялась в 2,4 чаще, чем в основной группе. Впервые сутки после операции в обеих группах отмечалось увеличение уровня лейкоцитоза, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нарастание гипопроотеинемии, гипоальбуминемии. Начиная с 3-х суток у больных основной группы уровень общего белка, альбумина увеличился на 18 и 28%, в группе сравнения на 9 и 16% соответственно. Уровень лейкоцитарного индекса интоксикации у больных основной группы уменьшился в 2,2 раза, у больных группы сравнения в 1,6. Средняя продолжительность стационарного лечения больных основной группы составила 8 - 10 суток (в среднем $9,2 \pm 1$ суток), в группе сравнения 12- 16 суток (в среднем $14,1 \pm 2$ суток). Выводы. Доказана эффективность энтеральной оксигенации в отношении снижения уровня системного эндотоксикоза. Восстановление функции кишечника путем проведения энтеральной оксигенации может оказаться весьма эффективным клиническим направлением в терапии больных с распространенным перитонитом и требует дальнейшего изучения.

69. Особенности диагностики легочных нагноений у ВИЧ-инфицированных пациентов

Башилов Н.И.

Чита

ФГКУ «321 военный клинический госпиталь»
МО РФ

По данным статистических исследований, в развитых странах более 5% пациентов (в некоторых возрастных группах этот уровень может достигать 30%) с хирургической инфекцией имеют состояние ВИЧ-инфицирования, которое изменяет реактивность организма, обуславливает особенности клинических проявлений, ответа на проводимую терапию. Материалы и методы: проведено комплексное обследование больных с различными формами гнойно-деструктивных заболеваний легких, выделена группа пациентов с сопутствующим ВИЧ-инфицированием без развития СПИД-ассоциированных заболеваний, для проведения статистического анализа сформирована сопоставимая по численности, возрасту контрольная группа пациентов, без сопутствующих заболеваний. Результаты: выполнено клиничко-лабораторное обследование 58 пациентов с различными формами легочных нагноений, при этом медиана возраста (Me) в группе составила 54 г., средний уровень лейкоцитов крови - $10,4 \times 10^9/\text{л}$ (Me $8,8 \times 10^9/\text{л}$), среднее значение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ по Кальф-Калифу) – 3,1 (Me=1,7), средний уровень С-реактивного белка (CRP) – 87,9 мг/л (Me=81,9 мг/л). Произведено выделение группы пациентов (9 человек) с сопутствующим ВИЧ-инфицированием (во 2 и 3 стадии) без развития СПИД-ассоциированных заболеваний, Me возраста в данной группе составила 33 г., средний уровень лейкоцитов крови - $9,1 \times 10^9/\text{л}$ (Me=6,3 $\times 10^9/\text{л}$), среднее значение ЛИИ - 2,5 (Me=2,1), среднее значение CRP - 33,8 мг/л (Me=24 мг/л). Для проведения комплексного статистического анализа была создана контрольная выборка пациентов, сопоставимая по численности, возрасту (Me=34г.), без сопутствующей патологии. Анализ проведен с помощью программного обеспечения MS Excel. В результате получено, что среднее значение CRP достоверно ($P < 0,05$) ниже у ВИЧ-инфицированных пациентов (t-критерий Стьюдента 3,14), различия в уровне лейкоцитов крови и ЛИИ не достоверны ($P > 0,05$). Выводы и рекомендации: у ВИЧ-инфицированных пациентов гнойно-деструктивные заболевания легких

протекают с клинико-лабораторными особенностями, наблюдается снижение уровня остро-фазовых показателей. Рекомендуется при обследовании пациентов с легочными нагноениями при регистрации низкого уровня CRP включать в перечень исследований определение маркеров ВИЧ-инфекции для коррекции комплексного лечения.

70. Возможности интраабдоминального расположения сетчатых имплантов в лапароскопической и открытой хирургии вентральных грыж.

Акимов В.П., Тоидзе В.В., Крикунов Д.Ю., Сенько В.В., Чургулиа М.З.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»,
Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского

Актуальность. На современном этапе развития медицины известно более 300 методов герниопластики применяемых для оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж. Но, несмотря на такое количество предложенных методик, общий процент возникновения рецидивов остается высоким. Согласно НКР по герниологии Раздел «Послеоперационные вентральные грыжи» РОХ от 2017 года, пластика местными тканями возможна только при малых ПОВГ с грыжевым дефектом не более 4,0 см. В 2015 году было проведено исследование на базе регистра Herniamed, посвященное срокам наблюдения пациентов с грыжами. Оценено почти 200 тыс пациентов и доказано, что больных с паховыми грыжами нужно наблюдать до 50 лет, а с вентральными до 10 лет. Именно в эти сроки среди всех пациентов с рецидивами набирается 90%. Это исследование мультицентровое и проводилось в 383 хирургических центрах. Классификация послеоперационных грыж Европейского Герниологического Общества (EHS) Срединная: Субксифоидальная М1; Эпигастральная М2; Пупочная М3; Инфраумбиликальная М4; Надлобковая М5. Латеральная: Подреберная L1; Боковая L2; Подвздошная L3; Поясничная L4.

Рецидивная послеоперационная грыжа ? - Да(R) о Нет о Ширина см: W1 - < 4 см.; W2 - ?4-10 см; W3 - ?10 см. Цель исследования: Определить место IPOM в алгоритме хирургического лечения вентральных грыж. Материал и методы. С 2013 по февраль 2017год на базе Кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова во 2 хирургическом отделении Клинической больницы №122 им. Л.Г.Соколова было прооперировано 218 пациентов с вентральными грыжами. Из которых по методике «sublay» прооперировано – 149 (68,3%), пластика собственными тканями выполнена - 35 (16%). И с применением методики интраперитонеального расположения сетчатого импланта (IPOM) - 33 (15,1%). IPOM(n=33) - 27 женщин и 8 мужчин. Средний возраст составил 62,5 года (от 38 до 89 лет). ИМТ в среднем 34,21 (от 24,4 до 56,27). W1 – 2 пациентов (6%), W2 – 15 (45,5%) W3 – 16 больных (48,5%). R1 – 6 (18%) R2 – 3 (9%). В экстренном порядке - 3 (9%)/ 26 больным выполнено открытое вмешательство, 7 – лапароскопическое. Лапароскопически IPOM выполнена, в основном как симультанная операция – пятерым пациентам из семи (3 - с лапароскопической холецистэктомией, 1 – с резекцией левой половины ободочной кишки, 1 – с резекцией желудка). Способы фиксации сетки: - одиночные викриловые или полипропиленовые швы 2\0 фиксируемые транспоневротически. - механическая фиксация спиральными скрепками герниостеплером Протак или герниостеплером Этикон стандартными скрепками. При выполнении открытого оперативного вмешательства использовалась следующая методика: - выделение грыжевых ворот с отслоением подкожно-жирового слоя от апоневроза либо без освобождения переднего листка апоневроза; - вскрытие грыжевого мешка; - освобождением брюшины передней брюшной стенки от спаек и сращений по периметру грыжевых ворот на 3,0 – 4,0 см; - установка сетчатого импланта с фиксацией транспоневротически в верхней и нижней позиции и по периферии в нескольких точках с каждой стороны, с шагом 5-6 см; - в случае с отслоением подкожно-жировой клетчатки от апоневроза узел завязывался непосредственно над апоневрозом под визуальным контролем. Когда отслойка клетчатки не производилась – выполняли прокол передней брюшной стенки изнутри брюшной полости лапароскопической иглой для ушивания апоневроза и в месте выхода на переднюю стенку апоневроза делали прокол кожи, с выведением нити на кожу, с последующим завязыванием узла над апоневрозом; - непрерывной шов апоневроза «край в край» нитью ПДС 1\0. В случае выполнения

лапароскопического IPOM: выполнялось освобождение грыжевых ворот от спаечного процесса; маркировка края грыжевых ворот со стороны кожи иглами; выбор размера сетки с обязательным перекрытием ворот на 3,0 - 4,0 см по периферии; фиксация сетки транспоневротически в 4-х диаметрально расположенных точках; дополнительная фиксация сетки изнутри механическими степлерами по периферии с шагом 1,5-2,0 см. Полученные результаты. Период наблюдения - в среднем составил 20,5 месяцев (от 4 до 48 месяцев). Рецидивов при данном виде пластики не отмечено, летальных исходов не было. Осложнение по Clavien-Dindo – II степени (серома) – 1 случай (3%). Среди наших пациентов показаниями для выполнения IPOM явились: - размер грыжевых ворот 10см и более (W3). - W2 с наличием рецидивной грыжи или шириной грыжевого дефекта 8-10 см - выполнение лапароскопической интраабдоминальной герниопластики вентральных грыж – в большинстве случаев, как симультанная операция. Заключение: Методика интраперитонеального расположения сетчатого импланта (с использованием композитной сетки) может применяться в случаях, когда возникают трудности связанные с пластикой передней брюшной стенки, соблюдая основной принцип «без натяжения», являясь альтернативой операциям с использованием сепарационной техники, сопровождающейся высокой травматичностью.

71. Функциональная ультрасонография передней брюшной стенки в хирургическом лечении срединных грыж

Шептунов Ю.М.(1), Внуков П.В.(1,2)

Липецк

- 1) Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко
- 2) ГУЗ «Елецкая городская больница №2»

Актуальность. Выбор конкретного способа хирургической коррекции дефекта передней брюшной стенки основывается на множестве критериев. Ультрасонография широко используется как в диагностике, так и в лечении герниологических больных. В то же время, на сегодняшний день отсутствует единый алгоритм сонографического

обследования таких пациентов, не определена практическая ценность полученных результатов. Материалы и методы. В ходе работы проведено два исследования. Первое - сравнительное изучение сонографической картины передней брюшной стенки 44 пациентов с первичными и 11 с малыми послеоперационными срединными грыжами, а также 50 человек без патологии брюшной стенки и разработка УЗ-критериев выбора способа операции. Группы больных и добровольцев были сопоставимы по возрастному-половому составу, конституциональным особенностям и ИМТ (29-31). УЗИ проводилось с определением конфигуративно-анатомических особенностей (УЗ-критериев или УЗ-параметров) апоневротических и мышечных структур передней брюшной стенки в покое и в момент повышения внутрибрюшного давления. Белая линия оперированных больных изучена, кроме того, интраоперационно: определена её макро- и микроструктура, толщина, выполнено гистологическое исследование препаратов прямых мышц живота. Второе - ретроспективный анализ эффективности разработанных УЗ-критериев. В основную группу вошли 36 больных с первичными срединными грыжами (W1 - 77%, W2 - 23%) и 6 с послеоперационными W1. В 86% выполнена аллопластика, особенности которой определены с учетом УЗ-параметров слоев брюшной стенки, в 14 % больным пластика местными тканями (эти пациенты также были выделены в соответствии с УЗ-критериями). Группу контроля составили 34 пациента с первичными (W1 - 79%, W2 - 21%) и 9 с послеоперационными W1 грыжами. В 89% выполнена субапоневротическая пластика без учета сонографических особенностей брюшной стенки, в 11% - пластика местными тканями. В раннем послеоперационном периоде для оценки эффективности оперативного вмешательства была применена визуально-аналоговая шкала боли, контрольное УЗИ передней брюшной стенки на 3 и 10 сутки после операции. Отдаленный послеоперационный период оценивали в сроки от 5 до 36 месяцев с использованием опросника SF-36. Результаты и обсуждение. При анализе ультрасонограмм у части обследуемых отмечалось нарушение защитной мышечной функции, которое проявлялось куполообразной деформацией белой линии живота и разворачиванием футляров прямых мышц живота наружу. Выраженные клинические симптомы описанных УЗ-изменений проявляются диастазом прямых мышц. Ценность УЗИ слоев брюшной стенки заключается в раннем обнаружении этих изменений, еще не проявляющихся клинически. Описанные изменения статистически достоверно чаще выявляются у

больных с грыжами. Так, в группе добровольцев подобные изменения отмечены в 15% случаев. У больных с первичными грыжами в 65,4% ($p < 0,05$). Среди больных с послеоперационными грыжами показатель 83% ($p < 0,01$). Интраоперационно у таких пациентов отмечена меньшая толщина апоневроза - в 1,25 раза ($p < 0,05$); имели место гистологические признаки дистрофии мышечной ткани. А на основе математической модели рассчитано увеличение силы внутрибрюшного давления на белую линию в 1,2 - 1,6 раза. С учетом полученных данных были сформированы показания для: 1. Ретромукулярной пластики (пациенты с клиническим проявлением диастаза, нарушением функции передней брюшной стенки); 2. Субапоневротической пластики с увеличенным перекрытием грыжевых ворот (признаки нарушенной защитной функции без клинических проявлений); 3. С overlap 3-5см; 4. Пластики местными тканями (грыжи до 2см без нарушения защитной функции). В раннем послеоперационном периоде показатель интенсивности боли в основной группе имел меньшее значение ($6,7 \pm 2$ против $7,8 \pm 3$; ($p < 0,05$)). Рецидивов в группе не отмечено. В контрольной группе рецидив выявлен у 2 пациентов, что составило 4,6%. При УЗИ в отдаленном периоде пациентов основной группы отмечено уменьшение деформации белой линии или ее полное отсутствие (при ретромукулярной пластике). При этом показатели шкал PF и BP имели более выгодное значение: 94,9 против 89,1 ($p < 0,05$) и 88,6 против 82,4 ($p < 0,05$) соответственно. Выводы и рекомендации. Предоперационное УЗИ передней брюшной стенки позволяет не только выявлять оккультные грыжи, определяя доступ и объем операции, но и помогает оценить функциональное состояние передней брюшной стенки, ее защитный механизм. Хирургическое вмешательство, выполненное с учетом выявленных УЗИ-исследованием патологических изменений слоев брюшной стенки, более эффективно, поскольку позволяет не только укрыть заплатой отверстие в апоневрозе, но и выполнить превентивную коррекцию этих изменений, что в определенной степени способствует профилактике рецидивов. УЗИ слоев передней брюшной стенки необходимо включать в обязательный алгоритм обследования пациентов с грыжами при планировании объема оперативного вмешательства.

72. Новый способ коррекции синдрома внутрибрюшной гипертензии при остром панкреатите тяжелого течения

Халидов О.Х. (1,2), Фомин В.С. (1,2), Гудков А.Н. (2), Джаджиев А.Б. (1,2), Зайратьянц Г.О. (1,3), Дмитриенко Г.П. (2), Гудков Д.А. (1)

Москва

1) ФГБУЗ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2) ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ, 3) ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ

Актуальность. На сегодняшний день острый панкреатит занимает 2-3-е место в структуре хирургической патологии, сохраняя высокие цифры летальности (до 20-30%) в течении последних десятилетий. Пороговым значением является повышение внутрибрюшного давления свыше 25-30 мм рт.ст., что сопровождается транслокацией внутрикишечной флоры в портальную систему, лимфатические сосуды и узлы. При отсутствии ликвидации интраабдоминальной гипертензии более 24 ч, инфицирование панкреонекроза наступает у 20%, через 48 ч - у 40-50%, более 3 суток - у 90-100% больных. Цель. Анализ результатов внедрения транскутанной резонансной стимуляции для коррекции синдрома внутрибрюшной гипертензии у пациентов с тяжелым острым панкреатитом. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 85 больных тяжелым острым панкреатитом. Все пациенты были госпитализированы по каналу «03», удовлетворяли критериям включения/исключения исследования. Гендерное распределение: преобладание лиц мужского пола - 53 (62,4%), женщин - 32 (37,6%). Средний возраст - $40,4 \pm 4,1$ года. Сформированы 2 группы: 1-я группа ($n=43$) - применение в комплексном лечении синдрома внутрибрюшной гипертензии метода транскутанной резонансной стимуляции; 2-я группа ($n=42$) - лечение тяжелого острого панкреатита с синдромом внутрибрюшной гипертензии согласно нормативным документам. Для объективизации оценки тяжелого острого панкреатита нами применялись шкала APACHE II и критерии Ranson. Внутрибрюшное давление измеряли методом Kron IL (1984), дополнительно вычислялись значения брюшного перфузионного давления и фильтрационного градиента. Анализировалась субъективная оценка респондентов методом визуально-аналогового шкалирования. Все параметры оценивались на 1, 3, 5, 7-е сутки лечения. Результаты. Для контроля

нарушений перистальтической активности в группах исследования проводился анализ моторно-эвакуаторных нарушение методом селективной полиграфией. Активность возбудимых структур в обеих группах при этом была низкоамплитудной. В группе 1 в дальнейшем применена транскутанной резонансной стимуляции в стандартных режимах длительностью сеанса в среднем 90мин. Исходные значения внутрибрюшного давления в обеих группах соответствовали начальным проявлениям 2-й степени синдрома внутрибрюшной гипертензии ($p < 0,05$). На фоне лечения: у больных 1й группы отмечается более быстрый регресс внутрибрюшной гипертензии с нормализацией показателей давления к 7-м суткам лечения ($8,7 \pm 0,7$ мм.рт.ст.; $p < 0,05$) в сравнении с группой 2 ($11,3 \pm 0,8$ мм.рт.ст.). В 1-й и 2-й группах к 7-м суткам отмечены различия параметров брюшного перфузионного давления ($88,6 \pm 1,6$ мм.рт.ст. и $82,2 \pm 2,7$ мм.рт.ст., соответственно; $p < 0,05$) и фильтрационного градиента ($81,3 \pm 1,2$ мм.рт.ст. и $72,9 \pm 1,3$ мм.рт.ст., соответственно; $p < 0,05$). На основании данных параметров можно сделать вывод о улучшении спланхического кровотока и соответственно улучшение общего состояния пациентов, что подтверждалось анализом утилитарных показателей визуально-аналогового шкалирования. При этом нами отмечена хорошая переносимость пациентами методики транскутанной резонансной стимуляции, что проявлялось отсутствием дискомфорта в зоне аппликации электродов. Отмечено улучшение самочувствия в сравнении с группой 2 ($p < 0,05$) по данным субъективной балльной оценки. На основании анализа групп исследования выявлена диссоциация показателей инфицирования: в 1 группе - 20,9%, в группе 2 - 38,1%. Панкреатогенный сепсис развился у 3 пациентов 1 группы (7%) и у 7 пациентов (16,6%) 2ой группы. Общая летальность: в 1 группе - 7%, в 2 группе - 14,3%. Заключение. Коррекция внутрибрюшной гипертензии и снижение показателей интраабдоминального давления у больных тяжелым острым панкреатитом является важным аспектом патогенетической терапии, минимизирую риски инфицирования панкреонекроза и развития полиорганной недостаточности. Внедрение подобных технологий в комплекс лечебного арсенала при остром тяжелом панкреатите позволит добиться улучшения результатов лечения данной патологии.

73.Способы фиксации сетчатых имплантов в хирургии паховых грыж

*Крикунов Д.Ю., Акимов В.П., Сенько В.В.,
Чургулия М.З., Волков А.М.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»,
кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского

Актуальность. Основоположниками современных методов герниопластики считают таких известных хирургов и ученых, как I.L. Lichtenstein, R. Ger, R. Stoppa. Именно с их работ началось развитие герниологии как самостоятельного раздела хирургии. С момента начала применения аллопластических методик герниопластики с использованием сетчатых имплантов, уровень рецидивов существенно снизился. Если ранее пациенты без аллотрансплантата имели 20%-ый рецидив, то после начала его применения он снизился до 7 % при выполнении пластики вентральных грыж и 15%-ный рецидив относительно 3 %-ного с использованием сетки при пластике паховых грыж. Rene Stoppa - разработал методику преперитонеальной пластики с использованием больших сетчатых эндоимплантов без какой либо фиксации, т.к. по мнению автора внутрибрюшное давление само удерживало сетку на месте. Дальнейшее развитие эндовидеохирургических методов лечения грыж свелось к уменьшению размером сетчатого импланта, но усилению её фиксации. Тем не менее, вопрос о её смещении продолжает беспокоить хирургов и по сей день, что является принципиальными моментом, влияющим на уровень рецидивов. Согласно Руководству Европейского общества по лечению паховых грыж (Руководство Европейского общества герниологов по лечению паховых грыж у взрослых пациентов M. Miserez. et al., 2014 г.) - пенетрирующая фиксация или травматические устройства, такие как шовный материал, скобы и фиксаторы приводят к локальной травме, которая может сопровождаться повреждением нервов и хронической болью. О чем говорят многочисленные исследования выполненные в период с 2010 по 2017 год — основным критерием эффективности оперативного лечения стала не только частота рецидивов, но и послеоперационная боль, как острая, так и хроническая. Поэтому применение бесшовной фиксации (клеем, сетки «липучки») приобретает все

большую популярность, поскольку заметно снижается риск послеоперационных осложнений и при этом не влечет увеличения частоты рецидивов через 1 год после операции. Цель исследования: Сравнение результатов использования степлерной (механической) и клеевой фиксации сетки при трансабдоминальной преперитонеальной пластике паховых грыж (ТАРП). Оптимизация методов фиксации. Материалы и методы. Исследование проводилось в период с января 2014 года по декабрь 2016 года на клинической базе кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского (СЗГМУ им. И.И. Мечникова) в клинической больнице №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России. В исследовании приняли участие 98 пациентов мужского пола, средний возраст составил $38,3 \pm 5,45$. Всем 100% больных выполнена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРП). Пациенты были разделены на две группы, которые были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. В I группе – 48 пациентов была выполнена лапароскопическая герниопластика с фиксацией импланта цианакриловым клеем и устранением дефекта брюшины нитью V-Lock, во II группе - 50 пациентов которым была выполнена фиксация сетки герниостеплером фирмы “Ethicon” и устранением дефекта брюшины так же герниостеплером. Операция выполнялась по стандартной методике под общим обезболиванием (ЭТН). Используются два 5-мм троакара и один 12-мм троакар, установленные в пупочной, левой и правой мезогастральных областях. Большой троакар устанавливался в пупочной области либо на противоположной стороне от выявленной грыжи. Нами разработана оригинальная методика доставки клея в предбрюшинное пространство, столь же эффективное как официальное, но менее затратное. Для этого мы используем стандартный в/в катетер с иглой-проводником и инсулиновый шприц, в который набираем клей из тубика. Через дополнительный прокол в средней гипогастральной области вводим катетер в пребрюшинное пространство по верхнему краю установленной сетки с медиальной стороны. Размеры применяемого сетчатого импланта - 10,0 X 15,0 см. Восстановление брюшины проводилось ушиванием нитью V-lock. Ушивание троакарных ран ограничивалось наложением кожных швов. При использовании герниостеплера фиксация сетки проводилась по стандартной методике. Восстановление брюшины проводилось скрепками герниостеплера. Индекс массы тела составил от 22 до 40,7 кг/м², в первой группе в среднем составил 29 ± 2 кг/м² во второй 28 ± 3 кг/м². Все оперативные

вмешательства были выполнены одной бригадой хирургов. В послеоперационном периоде все пациенты оценивались по визуально-аналоговой шкале интенсивности боли (ВАШИБ) - через 2, 4, 6, 12, 24, 48, 72, 96 и 120 ч после операции. Проведена средняя оценка продолжительности операции. Результаты и обсуждение. Период наблюдения в среднем составил $18 \pm 1,5$ месяца, от 1 года и 1 месяца до 3 лет. Время операции в обеих группах значительно не различалось, в первой группе - $45 \pm 9,5$ мин, во второй - $43 \pm 8,5$ мин. Проведя анализ послеоперационной абдоминальной боли мы увидели существенные различия уже через 12 часов после герниопластики, так в первой группе - болевой синдром составил $1,9 \pm 1,2$ и при этом применение наркотических анальгетиков не требовалось в то время как во второй группе – $4,4 \pm 2,4$ бала, что в 2,3 и более раза выше чем в первой группе. Пациенты первой группы выписывались из стационара на 1-2 сутки, в данной группе рецидивов грыж, летальных исходов не было поздних осложнений отмечено не было. Пациенты второй группы выписывались – на 3-4 сутки, после операции в данной группе назначались наркотические анальгетики. Так же отмечено 2 поздних осложнения – острая кишечная непроходимость из-за высокой адгезивности скрепки, летальных исходов не было. Заключение. Использование клеевой композиции для фиксации сетчатого импланта при лапароскопической герниопластике (ТАРП) достоверно ($p < 0,05$) улучшает качество жизни пациента в послеоперационном периоде - снижает болевой синдром, количество послеоперационных осложнений, способствует ранней выписки из стационара и более быстрому восстановлению трудоспособности, а также возможности вести привычный активный образ жизни. Использование при ушивании брюшины скрепок увеличивает риск развития острой кишечной непроходимости в позднем послеоперационном периоде.

74. Критерии эффективности миниинвазивных вмешательств

Власов А.П. (1), Катков С.В. (1), Болотских В.А. (2), Власов П.А. (1), Морозова М.М. (1), Курочка Ю.Г. (1)

Саранск 2) Воронеж

1) ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва» 2) ФБОУ ВО «ВГМУ им Н.Н. Бурденко»

Актуальность работы определена важностью своевременного диагностирования выраженности патологии – тяжелого панкреатита – и прогнозирования ее течения на фоне разного рода терапии. Цель работы. Разработать адекватные критерии эффективности лечения больных тяжелым панкреатитом. В качестве критериев эффективности лечения нами выбраны показатели эндогенной интоксикации и перекисного окисления мембранных липидов, оцененные в динамике болезни. Указанные показатели использованы у больных панкреонекрозом, в лечении которых применены различные оперативные подходы. При остром тяжелом (деструктивном) панкреатите у больных группы сравнения (n=17) в хирургии использованы традиционные лапаротомные вмешательства, в основной группе (n=25) – лапароскопические. Нами оценен ряд показателей гомеостаза, в частности в крови оценен уровень токсических продуктов различного состава (гидрофильной, гидрофобной и амфифильной природы), интенсивность процесса липопероксидации мембранных фосфолипидов, липазная и протеазная активность. Установлено, что в первые трое суток после операции у больных обеих групп расстройства гомеостаза, которые диагностированы еще до операции (эндоинтоксикоз – содержание токсических продуктов возросло на 21,3-38,2 %, явления оксидативного стресса – уровень молекулярных продуктов пероксидации увеличился на 17,5-57,9 %, высокая фосфолипазная активность – рост на 178,2 %) сохранялись. В динамике заболевания в раннем послеоперационном периоде отмечены существенные изменения исследованных показателей гомеостатического (изменения составили от 26,3 до 59,1 %). Выявлена закономерность (сопряженность при $r=0,73-0,89$) их модуляций в зависимости от объема и характера хирургической терапии, что позволило определить возможность их использования в качестве прогностических критериев (заявка на патент). Применение их в клинике позволило прогнозировать течение острого

панкреатита в раннем послеоперационном периоде. Установлена их высокая точность. Таким образом, критериями эффективности хирургической терапии деструктивного панкреатита могут быть приняты показатели эндогенной интоксикации и перекисного окисления мембранных липидов, оцененные в динамике болезни.

75. Оценка эффективности применения лапароскопического доступа в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости

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

Рязань

ГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Введение: Спаечная тонкокишечная непроходимость является частой причиной госпитализации в хирургический стационар в развитых странах (8-12% случаев), показания к лапароскопическому адгезиолизису и техника его выполнения в настоящее время дискутируются в литературе [1-4]. Материалы и методы: Проведено проспективное, рандомизированное исследование, оценивающее возможность и эффективность выполнения лапароскопического адгезиолизиса у больных спаечной кишечной непроходимостью. Оценивались показатели: частота конверсии в группе пациентов оперированных лапароскопическим доступом, время хирургического вмешательства в минутах, сроки выписки из стационара, частота осложнений, интенсивность боли в послеоперационном периоде. Основная группа – 54 пациентов, оперированных лапароскопическим доступом (средний возраст 46,04±15,3 лет). Контрольная группа - 47 пациентов, которым выполнялась лапаротомия (средний возраст 44,91 ±14,38 лет). Основная и контрольная группы были сопоставимыми по срокам развития кишечной непроходимости до момента поступления в хирургический стационар (соответственно 14,84 ± 6,35 и 13,64±7,13 часов), времени от момента поступления до хирургического вмешательства

(соответственно $15,32 \pm 9,31$ и $16,93 \pm 8,85$ часов). В группе пациентов, которым выполнялся лапароскопический адгезиолизис 28 больных поступили в нейрорефлекторную стадию острой спаечной кишечной непроходимости. В стадии интоксикации 26 пациентов. В группе больных, оперированных из лапаротомического доступа 24 пациента в нейрорефлекторной стадии, 23 в стадии интоксикации. Степень распространенности спаечного процесса в брюшной полости оценивалась с помощью Peritoneal Adhesion Index (PAI) [5]. Этот показатель оказался равным в сравниваемых группах. В основной группе PAI составил $2,95 \pm 1,32$, в контрольной группе $3,57 \pm 1,71$. Для оценки интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде применялась визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ). Наиболее частыми причинами возникновения острой спаечной кишечной непроходимости являлись гинекологические операции (основная группа $n=14$, контрольная группа $n=12$) и аппендэктомия (основная группа $n=16$, контрольная $n=14$). В основной и контрольной группах имелись пациенты, которым ранее не выполнялось хирургических вмешательств на органах брюшной полости, и без указаний на травмы в анамнезе (соответственно 8 и 3 пациента). Результаты: при анализе длительности хирургического вмешательства отмечено, что время операции значительно меньше в группе пациентов, которым выполнялся лапароскопический адгезиолизис. Конверсий в лапаротомию не было. В основной группе средняя длительность операции составила $26,74 \pm 8,25$ мин, в контрольной группе $41,12 \pm 13,11$ мин $p < 0,05$. Интенсивность послеоперационной боли у больных, которые оперированы из лапароскопического доступа, оказалась значительно ниже, чем в контрольной группе. Основная группа $3,41 \pm 2,91$, контрольная группа $5,21 \pm 2,79$, ($p > 0,05$). Оценка восстановления перистальтики кишечника проводилась по времени возникновения самостоятельной дефекации с момента операции. В основной группе первая дефекация возникала через $16,8 \pm 10,27$ часов с момента операции, у больных контрольной группы - через $23,42 \pm 12,79$ часов ($p > 0,05$). В основной группе у 1 пациента, оперированного из лапароскопического доступа выявлен дисковидный ателектаз легкого. В контрольной группе отмечено нагноение послеоперационной раны у 1го больного. Пациенты, которым выполнялся лапароскопический адгезиолизис выписывались, в среднем, через $5,17 \pm 2,91$ дня с момента операции, контрольной группы – через $8,05 \pm 4,21$ дня ($p > 0,001$). Обсуждение: Разница в длительности

хирургического вмешательства в группах связана с более быстрым осуществлением доступа при выполнении лапароскопического адгезиолизиса, и соответственно значительно более затратным по времени закрытием лапаротомной раны в контрольной группе. При этом длительность основного этапа была схожей в обеих группах. Уровень послеоперационной боли в основной группе существенно ниже из-за меньшей травматичности доступа. Этим же обусловлены более раннее восстановление кишечной перистальтики и более быстрой реабилитации пациентов основной группы. Выводы и рекомендации. Выполнение адгезиолизиса из лапароскопического доступа применимо у пациентов в нейрорефлекторную стадию и стадию интоксикации острой спаечной тонкокишечной непроходимости, позволяет уменьшить длительность оперативного вмешательства, снизить интенсивность послеоперационной боли и сократить время пребывания пациента в стационаре в следствие более быстрой реабилитации.

76. Организация медицинской эвакуации в базовом военном госпитале

*Касимов Р.Р. (1), Кириллов Д.И. (1),
Махновский А.И. (2), Миннуллин Р.И. (2)*

Нижний Новгород 2) Санкт-Петербург

1) ФГКУ "422 ВГ" МО РФ 2) ФГКУ "442 ВКГ" МО РФ

Актуальность. Невозможность оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в гарнизонных и, порой - базовых военных госпиталях, диктует необходимость осуществления медицинской эвакуации пациентов в окружные (флотские) и центральные военно-медицинские организации. Наиболее остро проблема стоит при организации медицинской эвакуации пострадавших с тяжелой сочетанной (в т. ч. боевой) травмой в связи с динамичностью тяжести состояния и транспортабельности пострадавшего. Цель исследования: изучение и обобщение опыта медицинской (в том числе санитарно-авиационной) эвакуации в территориальной зоне ответственности

военного госпиталя. Материалы и методы. За последние 5 лет из военно-медицинских организаций базового военного госпиталя и медицинских организаций Минздрава РФ силами внештатных выездных врачебно-сестринских бригад эвакуировано 229 пациентов различного профиля. Из них в тяжелом и крайне-тяжелом состоянии эвакуировано 38 пациентов (16,6%). Во всех случаях медицинская эвакуация проведена без значимого ухудшения состояния пациентов в ходе межгоспитальной транспортировки. Летальных исходов не было. Результаты и обсуждение. В 201 случае (88%) эвакуация пациентов осуществлена из военно-медицинских организаций, в 28 случаях (12%) – из государственных и муниципальных медицинских организаций зоны ответственности. Пациенты терапевтического профиля составили 77% (n=178), в том числе с внебольничной пневмонией - 40% (n=92). Предэвакуационное состояние расценивалось как тяжелое и крайне-тяжелое у 31 пациента с внебольничной пневмонией (SMRT-CO ? 3). Пациенты хирургического профиля составили 23% (n=51), в том числе пациенты с тяжелыми травмами - 14% (n=32), из них у 7 пациентов состояние расценено как тяжелое и крайне-тяжелое (T-RTS ? 8)., В 2% случаев осуществлена санитарно-авиационная эвакуация с использованием медицинских модулей. В 98% случаях (n=224) медицинская эвакуация реализовывалась на санитарном автомобиле класса «С». Заключение. 1. В базовых и гарнизонных военно-медицинских организациях медицинская эвакуация осуществляется нештатными выездными врачебно-сестринскими бригадами. 2. С целью надлежащей правовой и методической организации межгоспитальной эвакуации необходимо создать штатные отделения скорой медицинской помощи при базовых военных госпиталях.

77. Опыт применения модифицированной методики эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода при первичной профилактике кровотечения

Емельянов С.И., Самсонов Э.Х., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Баширов Р.А.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода, как метод профилактики кровотечения, доказало свою эффективность и надежность. Оно характеризуется меньшей частотой осложнений, чем другие эндоскопические операции. Однако, осложнения при данном вмешательстве регистрируются достаточно часто, снижая качество жизни пациентов, что требует разработки новых подходов. Наиболее распространенными осложнениями данного вмешательства являются: аллергическая реакция на латексные кольца в виде общей гипертермии; выраженные боли за грудиной; дисфагия; кровотечение на фоне соскальзывания латексного кольца в раннем послеоперационном периоде или из язв, на месте отхождения некротизированных узлов на 6-7 сутки; рубцовая стриктура пищевода. Также у большинства пациентов (30-35% случаев) через 1 месяц после эндоскопического лигирования возникает ВРВ желудка, чаще 1-го и/или 2-го типа. В связи с этим актуально нами применена модифицированная методика лигирования, основанная на принципе - «1 кольцо на 1 венозный ствол». Цель исследования. Отработать оперативную технику модифицированной методики эндоскопического лигирования ВРВ пищевода как меры первичной профилактики кровотечения, провести сравнительное исследование результатов применения модифицированной методики эндоскопического лигирования и стандартной методики. Материал и методы. Проанализированы результаты выполнения эндоскопического лигирования ВРВ пищевода, выполненного в период с 2015 по 2017 год как меры первичной профилактики кровотечения у 79 пациентов с циррозом печени функционального класса А, либо класса В по Child-Pugh, различной этиологии, осложненным внутривеночной портальной гипертензией, при отсутствии эпизодов кровотечения в анамнезе. Исследуемую группу

составил 41 пациент, у которых была применена модифицированная методика; контрольную группу - 38 пациентов, которым эндоскопическое лигирование было выполнено по стандартной методике. Результаты. Среднее время оперативных вмешательств, выполненных по модифицированной методике, было равно 8,1±1,1 мин., по стандартной методике - 19±3,4 мин., что оказалось статистически значимым различием ($p<0,05$), и связано с количеством наложенных колец на варикозные вены пищевода: 3,2±0,4 кольца в исследуемой группе и 7,2±1,7 кольца в контрольной группе ($p<0,05$). Повторный сеанс лигирования варикозных вен пищевода через 1 месяц после операции был выполнен 1 пациенту (2,4%) в исследуемой группе и 2 пациентам (5,2%) в контрольной группе ($p>0,05$). Рубцовый стеноз пищевода был констатирован у 1 пациента (2,63%) в контрольной группе. Через 1 месяц после эндоскопического лигирования степень выраженности варикозно расширенных вен пищевода в сравниваемых группах в среднем составила 1,12±0,41 и 1,26±0,49 ($p>0,05$). Частота возникновения ранних послеоперационных осложнений при применении модифицированной методики оказалась в 7,9 раза меньше ($p<0,01$). У 1 пациента (2,6%) в контрольной группе было отмечено кровотечение на 2-е сутки после операции на фоне соскальзывания лигатуры; еще у 1 пациента (2,6%) в контрольной группе на 7-е сутки после операции развилось кровотечение из сопутствующих ВРВ желудка I типа 3 степени. Другие осложнения, отмеченные у 4 пациентов (9,7%) в исследуемой группе и у 27 пациентов (71,0%) в контрольной группе, были связаны с гипертермией. При применении модифицированной методики лигирования частота развития дисфагии снизилась в 4,3 раза ($p<0,01$), выраженного болевого синдрома - в 8,4 раза ($p<0,01$). Также модифицированная методика позволила уменьшить частоту возникновения новых ВРВ желудка через 1 месяц после лигирования в 6,9 раза - с 34,2% до 4,9% ($p<0,01$). Вывод. Применение модифицированной методики эндоскопического лигирования ВРВ пищевода при первичной профилактике кровотечения позволяет статистически значимо снизить частоту возникновения ранних послеоперационных осложнений и риск развития ВРВ желудка при сохранении того же уровня клинической эффективности, что и при стандартной методике.

78. Эндоскопическое модифицированное лигирование варикозно расширенных вен пищевода в качестве меры вторичной профилактики кровотечения

Самсолян Э.Х., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Емельянов С.И., Баширов Р.А.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. Самым серьезным осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода, которое встречается примерно в 60% случаев. При этом летальность при первом эпизоде профузного кровотечения составляет 30-50%. Одним из эффективных и надежных методов вторичной профилактики кровотечения из ВРВ пищевода является методика эндоскопического лигирования. Однако, стандартная методика лигирования характеризуется достаточно высокой частотой осложнений в послеоперационном периоде, которые снижают качество жизни пациентов и могут потребовать проведения повторного оперативного вмешательства. Учитывая данный факт, актуальной представляется задача разработки и внедрения в клиническую практику методики эндоскопического лигирования ВРВ пищевода, при которой риск развития осложнений был бы уменьшен при сохранении уровня клинической эффективности. Цель исследования. Внедрить в клиническую практику модифицированную методику эндоскопического лигирования ВРВ пищевода, разработать оптимальные аспекты оперативной техники. Провести сравнительное исследование результатов модифицированной методики эндоскопического лигирования и стандартной методики лигирования, применяемых в качестве меры вторичной профилактики кровотечения из ВРВ пищевода. Материал и методы. Нами были изучены результаты эндоскопических лигирований ВРВ пищевода, выполненных в качестве меры вторичной профилактики кровотечения у 75 пациентов с циррозом печени (класс А или В по Child-Pugh), различной этиологии, осложненным синдромом внутривенной портальной гипертензии, имеющих в анамнезе 1 и/или более эпизод кровотечения. В исследуемую группу вошли 39 пациентов, которым эндоскопическое лигирование было выполнено по модифицированной методике, которая

предполагала наложение 1 кольца на 1 варикозный ствол в пищеводе. Таким образом, за 1 сеанс лигирования накладывалось 3–4 лигирующих кольца на нижнюю треть и дистальный сегмент средней трети пищевода. Контрольную группу составили 36 пациентов, которым эндоскопическое лигирование было выполнено по стандартной методике. Результаты. Спустя 1 месяц после эндоскопического лигирования средняя степень выраженности варикозно расширенных вен пищевода в исследуемой группе составила $1,18 \pm 0,36$, в контрольной - $1,23 \pm 0,37$ ($p > 0,05$). Выявленные различия в частоте ранних послеоперационных осложнений оказались статистически высокозначимыми ($p < 0,01$): осложнения имели место в 12,9% случаев в исследуемой группе и в 75,0% - в контрольной. При этом у 2 пациентов (5,5%) в контрольной группе возникло кровотечение в 1-е сутки после операции, обусловленное соскальзыванием лигатуры (в одном случае), и каплевым подтеканием крови из-под основания лигированного варикса (во втором случае). Осложнения в виде лихорадки были выявлены у 5 пациентов (12,8%) в исследуемой группе и у 25 пациентов (69,5%) - в контрольной. Таким образом, примененная нами модифицированная методика позволила снизить частоту развития осложнений в 5,4 раза. Дисфагия была зафиксирована у 7 пациентов (17,9%) в исследуемой группе и у 31 пациента (86,1%) в контрольной группе ($p < 0,01$). Также высокозначимыми оказались различия и в частоте выявления послеоперационной боли за грудиной: 12,9% против 80,6% соответственно ($p < 0,01$). Повторное лигирование через 1 месяц была выполнено 2 пациентам (5,1%) в исследуемой группе, и 2 пациентам (5,6%) в контрольной группе ($p > 0,05$). В общей сложности через 6 месяцев после эндоскопического лигирования у 12 пациентов (30,8%) в исследуемой группе и у 29 пациентов (80,5%) в контрольной группе были диагностированы варикозно расширенные вены желудка ($p < 0,01$). Выводы. Внедрение модифицированной методики эндоскопического лигирования ВРВ пищевода как меры вторичной профилактики кровотечения позволило уменьшить частоту возникновения осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, при этом сохранив клиническую эффективность, надежность и безопасность метода, как при стандартном оперативном вмешательстве.

79. Эндоскопические оперативные доступы к эндокринным органам шеи – итоги серии экспериментальных исследований

*Курганов И.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю.,
Мамиствалов М.Ш., Агафонов О.А.*

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России,
кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. Внедрение эндовидеохирургических технологий в хирургию щитовидной и околощитовидных желез происходит повсеместно относительно медленно. Причиной данного факта является целый ряд объективных и субъективных факторов. Одной из важнейших причин является техническая сложность методики и, соответственно, проблемность ее освоения. Поэтому актуальным является вопрос определения и систематизации основных технических ограничений и разработки мер по их преодолению. Цели исследования. Обобщить собственный экспериментальный опыт выполнения эндоскопических операций на эндокринных органах шеи из экстрацервикальных доступов. Выявить основные причины задержки широкого внедрения данных оперативных доступов в клиническую практику. Материалы и методы. В основу исследования положен опыт выполнения экспериментальных операций на эндокринных органах шеи – 25 экспериментальных операций на нефиксированных трупах (15 мужских и 10 женских; 13 левосторонних и 12 правосторонних операций). При операциях на щитовидной железе (15 случаев) объем вмешательства соответствовал гемитиреоидэктомии; применялись оперативные доступы – изолированный аксиллярный, аксиллярно-маммарный, оригинальный аксиллярно-ретроаурикулярный (по 5 операций). Паратиреоидэктомия (10 случаев) проводилась при помощи оригинального пекторально-ретроаурикулярного оперативного доступа. Во всех случаях применялась инсуффляция газовой смеси с давлением 6-8 мм рт.ст. Результаты. Среднее время операций на щитовидной железе при изолированном аксиллярном доступе составило $147,7 \pm 19,6$ минут, при аксиллярно-маммарном подходе – $108,3 \pm 12,1$ минут, при аксиллярно-ретроаурикулярном доступе – $113,5 \pm 14,2$ минут. Средняя продолжительность паратиреоидэктомии из пекторально-ретроаурикулярного доступа составила $77,8 \pm 10,2$ минут. Уверенная идентификация обеих околощитовидных желез на

стороне выполнения операции была достигнута во всех 25 случаях. Возвратный гортанный нерв был визуализирован во время диссекции при проведении 3 операций из 5 при изолированном аксиллярном доступе, 4 операций из 5 - при аксиллярно-маммарном доступе и при аксиллярно-ретроаурикулярном доступе. При паратиреоидэктомии из пекторально-ретроаурикулярного доступа идентификация возвратного гортанного нерва была достигнута в 90% случаев. В результате экспериментальных исследований было выявлено несколько причин, препятствующих широкому внедрению в клиническую практику экстрацервикальных эндоскопических доступов для операций на эндокринных органах шеи. Во-первых, это опасения хирургов, связанные с уровнем травматичности экстрацервикального доступа, что обусловлено необходимостью формирования протяженного субфасциального тоннеля от подмышечной впадины к передней поверхности шеи. Частично эту проблему с сохранением высокого уровня эстетического результата операции можно решить путем перемещения точек доступа из аксиллярной области на переднюю грудную клетку. Данный подход нами был реализован при проведении паратиреоидэктомий, однако при операциях на щитовидной железе в таком случае имеются определенные технические затруднения, связанные с сокращением объема операционной полости. Во-вторых, примененные в исследовании подходы характеризуются техническими трудностями, возникающими при необходимости доступа к контралатеральной стороне. В работах других авторов данные проблемы в основном разрешаются за счет формирования дополнительного доступа с противоположной стороны, что увеличивает уровень хирургической травмы. Перспективным в данном случае представляется применение робот-ассистированной методики операций. Выводы. Широкое внедрение в клиническую практику эндоскопических экстрацервикальных оперативных доступов для операций на эндокринных органах шеи представляет собой вполне выполнимую и актуальную задачу, но требует проведения дальнейших научных изысканий.

80. Видеоторакоскопическая тимэктомия у пациентов с миастенией и макроскопически неинвазивными опухолями тимуса

Курганов И.А. (1), Панченков Д.Н. (2), Богданов Д.Ю. (1), Емельянов С.И. (1), Иванов Ю.В. (3), Хабаров Ю.А. (3), Уразовский Н.Ю. (3)

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России:

- 1) кафедра эндоскопической хирургии ФДПО,
- 2) Лаборатория минимально инвазивной хирургии НИМСИ, 3) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Видеоторакоскопическая тимэктомия (ВТСТ) является наиболее распространенным малоинвазивным оперативным вмешательством, выполняемым у пациентов с новообразованиями вилочковой железы и миастенией (при наличии показаний к оперативному лечению). С другой стороны большая часть операций на вилочковой железе продолжает выполняться посредством стернотомного оперативного доступа. Учитывая данный факт, вопрос изучения результатов и отработки оптимальных приемов оперативной техники ВТСТ остается актуальным. Цели исследования. Сравнить результаты ВТСТ и тимэктомий, выполненных посредством стернотомного доступа, у пациентов с макроскопически неинвазивными новообразованиями вилочковой железы и/или миастенией. Материалы и методы. В исследование были включены результаты операций у 71 пациента. 28 операций (39,4%) были выполнены видеоторакоскопически (исследуемая группа), 43 операции (60,6%) – посредством стернотомного доступа (контрольная группа). Миастения была диагностирована у 49 (69,0%) из 71 пациента, у 22 больных с миастенией по данным КТ были выявлены опухолевидные образования вилочковой железы, что составило 44,9%. Всего опухоли вилочковой железы были выявлены у 44 пациентов (61,9%), при отсутствии видимой (макроскопической) инвазии опухоли тимуса по данным визуализационных методов диагностики. В исследуемой группе размер опухолей, по данным КТ, колебался от 0,8 до 4,0 см, в контрольной группе - от 1,0 до 4,0 см. Все видеоторакоскопические операции были выполнены из правостороннего торакоскопического доступа. Результаты. Средняя продолжительность операций составила: в исследуемой группе 119,4±41,8 мин., в контрольной - 127,6±52,3 мин. (p>0,05). Уровень кровопотери в

среднем был равен соответственно $94,7 \pm 77,4$ мл и $163,5 \pm 133,2$ мл, что составило статистически значимую разницу ($p < 0,05$). Частота осложнений в группе, где были выполнены ВТСТ, составила 10,7% против 18,6% ($p > 0,05$). Осложнений в исследуемой группе были представлены 1 случаем интраоперационного кровотечения; 1 случаем необходимости проведения продленной ИВЛ сроком более 48 часов; 1 случаем послеоперационной пневмонии. В контрольной группе были зарегистрированы: 1 случай интраоперационного кровотечения; 3 случая продленной ИВЛ; 1 случай развития миастенического криза; 2 случая послеоперационной пневмонии; 1 случай временного пареза левого диафрагмального нерва. При выполнении ВТСТ в 1 случае (3,6%) потребовалось выполнение конверсии доступа в стернотомный в связи с тем, что трудности при диссекции вилочковой железы не позволяли производить дальнейшего безопасного выделения сосудистых и нервных структур. Продолжительность парентерального обезбоживания в исследуемой группе составила $2,3 \pm 0,8$ сут. против $3,1 \pm 1,1$ сут. - в контрольной ($p < 0,05$). Срок госпитализации пациентов составил соответственно $8,4 \pm 3,6$ сут. и $11,6 \pm 4,9$ сут. ($p < 0,05$). Клиническое течение миастении улучшилось у 94,7% пациентов в исследуемой группе и у 93,3% пациентов – в контрольной ($p > 0,05$). Случаев ухудшения течения заболевания после оперативного вмешательства не было отмечено ни в одном из наблюдений ни в одной из групп. В исследуемой группе в 92,9% случаев была выявлена доброкачественная патология тимуса, в контрольной – в 93,0% случаев ($p > 0,05$). По данным гистологического исследования в 5 случаях были обнаружены злокачественные тимомы с микроскопической инвазией капсулы вилочковой железы (II степень инвазии по классификации Masaoka), которая не могла быть обнаружена во время проведения предоперационной топической диагностики. В макропрепаратах злокачественной тимомы в краях резекции наличия опухолевых клеток выявлено не было. При динамическом наблюдении за пациентами, средний срок которого составил $3,3 \pm 4,1$ года, случаев рецидивов опухоли тимуса не было выявлено ни в одной из групп. Выводы. ВТСТ представляет собой выполнимое, эффективное и безопасное оперативное вмешательство у пациентов с миастенией и/или опухолями тимуса, не имеющими признаков макроскопической инвазии капсулы.

81. Комплексный подход к активизации репаративного процесса

Зайцев П.П., Власов А.П., Григорьев А.Г., Карпушкин О.А., Альсвайди А.М., Кренделев И.А.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Успех любой операции складывается из многих компонентов, в том числе от совершенства репаративного процесса тканевых структур лапаротомной раны. Поэтому усилия хирургов направлены на оптимизацию и этого составляющего операций. С целью оптимизации репаративного процесса тканевых структур брюшной стенки в области лапаротомной раны при различных вмешательствах нами использована лазерная терапия и введения отечественного инфузионного средства ремаксолола, обладающего антиоксидантным и антигипоксическим эффектами. В клинике у 26 больных с различной ургентной абдоминальной патологией органов брюшной полости в раннем послеоперационном периоде применен комплекс лечебных мероприятий, включающий указанные компоненты. Процесс репарации оценивали по биофизическим, биохимическим и цитологическим данным. Группы сравнения составили больные ($n=25$) с аналогичными болезнями брюшной полости, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась стандартизированная терапия. Установлено, что на фоне проведенной комплексной терапии с включением лазеро- и ремаксолотерапии репарация тканей протекала быстрее и совершеннее. Это выражалось в морфологическом состоянии тканей раны, которое проявлялось в меньших воспалительных явлениях по линии швов и вокруг них, а также в захваченных шовным материалом. Осложнений со стороны раны также было меньше, в частности сером (на 13%), инфильтратов (на 18%). Доказано, что положительное влияние комплексной терапии на процесс заживления сопровождалось улучшением трофики тканей регенерирующих структур. В частности, по данным лазерной доплерографии, диагностирован сравнительно быстрый темп восстановления микроциркуляции в тканях по линии швов (по различным оценочным показателям на 9,4 – 19,5%), что было определено в динамике. Действие терапии приводило к формированию ускоренного протекания воспалительной реакции в тканях, захваченных шовным материалом, что

выражалось в быстрой миграции клеток в ткани по линии раневого соприкосновения и их дифференцировкой в соединительнотканые клетки. Следовательно, комбинированная терапия обладает способностью уменьшать выраженность альтеративных явлений и активизировать регенераторный процесс.

82. Аневризма артерио-венозной фистулы для программного гемодиализа: рациональные подходы в диагностике и хирургической коррекции

Васильев А.Б. (1), Мишин И.В. (1, 2)

Кишинёв, Молдова

Институт ургентной медицины, кафедра хирургии №1 имени Н. Анестиади, Государственный Университет Медицины и Фармации имени Н. Тестемциану

Введение: Аневризматические расширения нативной АВФ относятся к поздним осложнениям сосудистого доступа, согласно последним литературным данным частота их появления варьирует от 6% до 60%. В основе развития аневризматической дегенерации лежит повышение внутрипросветного давления, приводящие к растяжению эластичной венозной стенки. В большинстве случаев развитие аневризм соответствует местам многочисленных пункций. Необходимо отметить, что такие аневризмы имеют повышенный риск тромбоза и массивного наружного кровотечения. Показания к хирургической коррекции, а также тип вмешательства в настоящее время является дискуссионными. Цель исследования: выбор оптимальных методов диагностики и хирургической коррекции артерио-венозных фистул (АВФ) осложнённых аневризмами у пациентов находящихся на лечении программным гемодиализом. **Материалы и методы:** В основу исследования положен проспективный и ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 214 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) V ст. (KDOQI) находящихся на лечении программным гемодиализом (ПГД), с постоянным сосудистым доступом, проведенного

на базе Института ургентной медицины за период 2013-2017гг. Аневризмы нативной АВФ, в данном исследовании были выявлены у 39(18.2%) пациентов, средний возраст составил 46.5 ± 3.7 лет. Длительность лечения ПГД в среднем составила 8.7 ± 1.3 лет (2-12 лет). Время появления аневризмы после формирования АВФ составляло 45.3 ± 9.4 месяцев (6-84 месяцев). Первоначальный диагноз аневризмы был установлен уже в ходе физикального осмотра и включал в себя характерные расширения фистульной вены, возвышающиеся над кожными покровами и соответствующие в подавляющем большинстве случаев, зонам повторных пункций. С целью изучения гемодинамики в АВФ, а также для определения сосудистых резервов, всем пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное сканирование (УДС). Показаниями к хирургическим вмешательствам были: аневризма АВФ в сочетании со стенозом и частичным тромбозом ($n=13$); снижение кровотока в АВФ ($n=8$); спонтанный разрыв аневризмы с наружным кровотечением ($n=2$); и выраженный болевой синдром ($n=1$). **Результаты:** Хирургическое лечение было выполнено 24/39(61,5%) пациентам. Исходя из локализации, значительно преобладали аневризмы в местах повторных пункций 22(91.7%) по сравнению с 2(8.3%) случаями аневризмы в области анастомоза ($p < 0.01$). Основной целью хирургической коррекции было сохранение существующей АВФ с устранением данного вида осложнения. Нами были использованы следующие виды коррекции: резекция аневризмы + реконструкция АВФ ($n=7$); резекция аневризмы + формирование АВФ с использованием синтетического протеза ПТФЕ ($n=1$); резекция аневризмы с вено-венозным анастомозом ($n=5$); резекция аневризмы + восстановлением АВФ с использованием сегмента ПТФЕ ($n=6$). В 4 случаях в виду отсутствия сосудистых резервов, была выполнена резекция аневризмы с последующей имплантацией центрального венозного катетера. Как видно из результатов в большинстве случаев нам удалось добиться поставленной цели: 20(83,3%) пациента с АВФ vs 4(16.7%) пациента с центральным венозным катетером ($p < 0.01$). **Выводы:** Хирургическая тактика при осложнённых аневризмами АВФ находится в прямой зависимости от размеров и локализации аневризм, а также наличия необходимых сосудистых резервов пациента. Основной целью хирургического лечения данного вида осложнений является сохранение функционирующей АВФ.

83. Аллогерниопластика в хирургическом лечении рецидивной паховой грыжи

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Проблема рецидивов паховых грыж остаётся актуальной на протяжении всей истории герниопластики. Число рецидивов после аутопластических методов хирургического лечения остаётся высоким и колеблется от 11 до 35%, а по публикациям некоторых авторов - достигает 40%. Их причины многообразны. Разработка и внедрение в хирургическую практику сетчатых эксплантатов привело к резкому сокращению рецидивов заболевания – 0,08 – 5,9%. Отдельные хирурги и вовсе не наблюдали рецидивов. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения рецидивной паховой грыжи путём внедрения полипропиленовой сетки на этапе пластики пахового канала. Материал и методы. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 2005 по 2017 годы нами в плановом порядке оперированы 1147 больных паховой грыжей. Из всех оперированных пациентов у 68 (5,9%) больных при госпитализации установлена рецидивная паховая грыжа. Возрастной диапазон колебался от 28 до 77 лет. Значительно преобладали лица в возрасте от 61 до 80 лет – 45 (66,2%). Несколько чаще имела место правосторонняя рецидивная паховая грыжа – 35 (51,5%) пациентов против левосторонней рецидивной паховой грыжи – 31 (45,6%), редко была двухсторонняя рецидивная паховая грыжа – 2 (2,9%). Рецидив выявлен после пластики пахового канала по Спасокукоцкому-Кимбаровскому у 62 (91,2%) больных и по Постемпскому – у 6 (8,8%). С целью обезболивания спинно-мозговая анестезия проведена у 55 (80,9%) пациентов и местная анестезия по А.В. Вишневскому – у 13 (19,1%). Использовали полипропиленовую сетку Ethicon (USA) размером 6x11 см. Имплантант фиксировали узловыми швами атравматическим шовным материалом Prolene 2-0 Ethicon (USA). Все операции выполнены под местной или спинно-мозговой анестезией. Полученные результаты. Всех оперированных больных разделили на две группы в зависимости от способа пластики пахового канала. Группа А составила 37 (54,4%) пациентов, которым

выполнена операция Lichtenstein I (1989) с активным дренированием раны по Редону, используя для создания вакуума 20-граммовый шприц. Дренаж удаляли на 3-4 сутки после операции после прекращения раневого отделяемого. В группу В включили 31 (45,6%) больного, у которых аутопластику задней стенки пахового канала осуществили по методу Postempski (1980), дополненному аллопластикой полипропиленовой сеткой методом onlau (разработка клиники). Дренирование раны осуществляли спаренными полихлорвиниловыми перфорированными дренажами, которые устанавливали через контрапертуры по длине раны. Из них у 20 (64,5%) пациентов устанавливали шприцы для дренирования по Редону и у 11 (35,5%) – дренирование было пассивным. Если при активном дренировании раны дренажи удаляли на 3-4 сутки, то при пассивном дренировании – на 4-5 сутки. В процессе операции имели место ятрогенные повреждения у 6 (8,8%) больных (сигма-3, мочевого пузыря-2, пересечение семенного канатика-1). Ранения полых органов ушиты, семенной канатик высоко лигирован, яичко удалено. Операции у больных с рецидивной паховой грыжей были сложными технически в связи с наличием грубых и обширных рубцов, ухудшении дифференцировки семенного канатика и п. ileoingvinalis, скользящих грыж, изменении классической топографии органов и структур данной области, опасности ранения скользящих органов и рецидива, возможности гнойно-септических осложнений. Отмечен ранний период активизации пациентов, отказ от наркотических препаратов в пользу нестероидных противовоспалительных препаратов, небольшое количество интраоперационных ранений. Выводы: 1. Рецидивная паховая грыжа требует выполнения аллогерниопластики, вариантами которой являются операция Lichtenstein I и способ Postempski, дополненный нами фиксацией полипропиленовой сетки по методу onlau. 2. Операции при рецидивной паховой грыже тяжёлые, сложные, опасные интра- и послеоперационными осложнениями. 3. Ближайшие результаты вполне удовлетворительные. Рекомендуем дальнейшее накопление и анализ клинического материала.

84. Резекция тонкой кишки у больных острой спаечной тонкокишечной непроходимостью*Капшитарь А.В.*

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Увеличивающееся количество абдоминальных операций привело к прогрессирующему развитию спечного процесса и опасности развития такого грозного осложнения как острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТН). Причиной ОСТН у 60-90% случаев являются разнообразные спайки брюшной полости. Поздняя госпитализация больных и несвоевременная диагностика ОСТН в хирургической клинике приводит к гангрене тонкой кишки, что диктует необходимость выполнения её резекции у 20,5-23,5% пациентов, увеличивая послеоперационные осложнения до 16,2% и летальность – до 24,4-31,5%. Цель исследования: оценить ближайшие результаты резекции тонкой кишки у пациентов с ОСТН, осложнившейся гангреной тонкой кишки. Материал и методы. За 20-летний период (1998-2017 годы) в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, нами оперированы 90 больных с ОСТН. Из них у 16 (17,8%) пациентов осуществлена резекция тонкой кишки вследствие развившейся её гангрены. Возраст 17-85 лет. Превалировали женщины – 12 (75%). Интеркуррентную патологию имели 15 (93,8%) больных (рак-4, цирроз печени-4, перенесенный инфаркт миокарда-3 и инсульт-2, аритмия-2. Ранее хирургические операции перенесли 9 (56,3%) пациентов (аппендэктомия-3, резекция желудка-2, дренирование сальниковой сумки-1, ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки-1, разрыва печени-1 и тонкой кишки-1) и гинекологические операции – 7 (43,7%) (экстирпация матки с придатками-5, сальпингэктомия-1, цистэктомия с резекцией яичника-1). Срединная лапаротомия осуществлена у 14 (87,5%) больных и Мак-Бурнея – у 2 (12,5%). Все госпитализированы в сроки 6 часов-30 суток от начала заболевания. Полученные результаты. После обследования (клиническое, лабораторно-биохимическое, обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца) и предоперационной подготовки пациенты оперированы в различные сроки. В течение 2 часов после госпитализации операция выполнена у 6

(37,5%) больных, 3-6 часов – у 6 (37,5%), 10 часов – у 2 (12,5%) и 29 часов – у 16,3%). Во время операции у всех пациентов диагностирована ОСТН с гангреной тонкой кишки. Спаечная болезнь отмечена у 5 (31,3%) больных. Геморрагический перитонит осложнил течение ОСТН у 13 (81,3%) пациентов (разлитой-9, диффузный-4). Содержимое тонкого кишечника методом „сдаивания” перемещено в желудок и эвакуировано по назо-гастральному зонду в объёмах от 0,4 до 3,0 литров. После резекции тонкого кишечника восстановительный этап операции зависел от расстояния дистальной границы резекции до илеоцекального угла и тяжести распространённого перитонита. Энтеро-энтероанастомоз бок-в-бок выполнен у 12 (75%) больных (аппендэктомия-1, резекция большого сальника-1, грыжесечение-1), правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом – у 1 (6,3%), илеотрансверзоанастомоз – у 1 (6,3%), концевая илеостома – у 2 (12,5%) (двухствольная-1, одноствольная-1). Назо-интестинальная интубация тонкого кишечника осуществлена у 3 (18,8%) пациентов и интестинальная интубация через аппендикостому – у 1 (6,3%). Санация и дренирование брюшной полости и малого таза. Послеоперационная рана ушита наглухо. В процессе послеоперационного лечения осложнения развились у 5 (31,3%) больных (пневмония-3, нагноение раны-2). Летальный исход наступил у 1 (6,3%) пациентки от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Выводы: 1. Из всех операций у больных с ОСТН резекция тонкого кишечника выполнена у 17,8% пациентов вследствие её гангрены. 2. Послеоперационные осложнения развились у 31,3% больных. Летальный исход наступил у 6,3% пациентов. 3. Улучшению результатов диагностики и лечения этой категории больных будет способствовать усиление санитарно-просветительной работы среди населения и строгое выполнение „Методических рекомендаций по диагностике и лечению острой спаечной тонкокишечной непроходимости”. Рекомендации. Ввиду ещё небольшого объёма клинического материала необходимо дальнейшее его накопление для последующего всестороннего анализа и предоставления выводов.

85. Хирургическая обработка ложа желчного пузыря после неотложной холецистэктомии из минидоступа

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Небольшая длина минидоступа к желчному пузырю при остром холецистите ухудшает основные классические параметры хирургического доступа, предложенные А.Ю. Сазон-Ярошевичем с соавт. (1954), которые ведут к затруднению манипуляций в глубине брюшной полости, особенно при большой глубине раны. Из множества способов хирургической обработки ложа желчного пузыря после холецистэктомии следует отдавать предпочтение способам быстрым, минимально агрессивным, надёжным и дешевым. После операции отдельные авторы отмечают выделение крови и желчи по дренажам, спонтанно останавливающиеся при адекватном дренировании подпечёчного пространства. Цель исследования: оценить эффективность хирургической обработки ложа желчного пузыря после холецистэктомии из минидоступа (МХЭ) у пациентов с острым холециститом, используя высокочастотный электрохирургический аппарат EXBA-350M/120B „Надія-2”, производства Национального технического университета Украины „Киевского политехнического института” в сочетании с тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором. Материал и методы. С 2006 по 2015 годы в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, являющимся базой кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, находились на лечении 426 больных с острым калькулёзным холециститом, которым выполнена МХЭ от шейки правосторонним вертикальным трансректальным доступом. Мужчин было 98 (23%), женщин - 328 (77%) в возрасте 22 - 88 года. Катаральная форма острого холецистита диагностирована у 72 (16,9%) пациентов, флегмонозная - у 210 (49,3%), гангренозная - у 144 (33,8%). Полученные результаты. При субсерозной холецистэктомии кровотечение из ложа желчного пузыря было незначительным. Однако, у 186 (43,7%) больных в связи с гнойным апостематозным пропитыванием тканей, грубыми фиброзно-склеротическими сращениями, гангреной желчного пузыря не удалось выполнить субсерозную МХЭ,

вследствие чего образовалась обширная раневая поверхность печени. Вначале гемостаз ложа желчного пузыря осуществляли тугой тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, придавливая её к печени печёночным зеркалом в течение 3-5 минут. Это позволило значительно уменьшить кровотечение из мелких сосудов. Таким образом, были созданы условия для визуальной идентификации источника продолжающегося кровотечения, диаметр сосудов которых не превышал 1,5 мм. В последующем электрокоагуляцию кровоточащих сосудов осуществляли монополярным электродержателем высокочастотного электрохирургического аппарата EXBA-350M/120B „Надія-2”. Достигнут надёжный гемо- и холестаза в ложе желчного пузыря, исключена излишняя термическая травма, связанная с длительным воздействием электрического тока по всей площади ложа желчного пузыря. Ложе желчного пузыря оставляли открытым. Подпечёчное пространство дренировали через контрапертуру в правом подреберье 2 полихлорвиниловыми дренажами. В процессе операции у 322 (99,1%) пациентов в ложе желчного пузыря достигнут надёжный гемо- и холестаза. У 4 (0,9%) больных с циррозом печени, применяемые методы оказались не эффективными, что потребовало расширить оперативный доступ в Mirizzi с последующим ушиванием ложа желчного пузыря кетгутотом. После операции осложнения, связанные с обработкой ложа желчного пузыря, развились у 2 (0,5%) пациентов и проявились образованием поддиафрагмальной биломы. Им выполнена релапаротомия минилапаротомным боковым косым доступом, вскрытие поддиафрагмальной биломы. Умерли 3 (0,7%) пациентов (отёк легких-1, острый инфаркт миокарда-1, массивная тромбоэмболия лёгочной артерии-1). Выводы: 1. После МХЭ у больных острым холециститом тугая тампонада марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, ложа желчного пузыря и его электрокоагуляция аппаратом EXBA-350M/120B „Надія-2” обеспечила надёжный гемо- и холестаза. 2. Технология позволила уменьшить травматичность, площадь и время коагуляции, длительность операции. 3. После операции отмечен небольшой удельный вес осложнений и летальности.

86. Прогнозирование транспортабельности пациентов с политравмой в острый период травматической болезни

*Махновский А.И. (2,3) Эргашев О.Н. (1,2)
Кривоносов С.И. (1)*

Санкт-Петербург

1) Комитет по здравоохранению Ленинградской области 2) ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова 3) 442 Военный клинический госпиталь

Возможности лечебно-диагностической базы травмоцентров третьего и второго уровня ограничены, в связи с чем пациенты с политравмой, как правило, нуждаются в медицинской эвакуации в травмоцентры первого уровня. Цель исследования – разработать критерии для прогнозирования транспортабельности пациентов с политравмой в острый период травматической болезни на основе существующих прогностических шкал. Материалы и методы. Изучено течение травматической болезни у 233 пациентов с политравмой (ISS ? 17). Методом бинарной логистической регрессии, ROC-анализа и корреляционного анализа изучена прогностическая ценность шкал ВПХ-П, ISS, ВПХ-СП, RTS, шкалы Цибина и TRISS. Результаты исследования. Наибольшую прогностическую ценность имеют шкалы ВПХ-П (AUC=0,74), RTS (AUC=0,93) и TRISS (AUC=0,86). Между шкалами RTS и TRISS выявлена сильная корреляционная связь ($r=+0,90$). Выводы: 1. В качестве критериев для прогнозирования транспортабельности пациентов с политравмой в острый период травматической болезни целесообразно использовать шкалы ВПХ-П и RTS. 2. Прогностическими критериями потенциальной транспортабельности пациентов с политравмой в острый период травматической болезни являются: тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П ? 15 и тяжесть состояния при поступлении по шкале RTS ? 4,1. 3. Прогностическими критериями потенциальной нетранспортабельности пациентов с политравмой в острый период травматической болезни являются: тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П > 15 и (или) тяжесть состояния при поступлении по шкале RTS < 4,1.

87. Новые оперативные подходы в хирургии трудных язв двенадцатиперстной кишки

Власов А.П., Сараев В.В., Власов П.А., Рубцов О.Ю.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Наиболее сложным разделом абдоминальной хирургии до настоящего времени остается лечение трудных язв двенадцатиперстной кишки. Это обусловлено рядом обстоятельств, одним из которых является ограниченность использования современных технических новаций при этой тяжелой патологии в силу топографо-анатомических особенностей трансформации органов этой области в процессе их патоморфогенеза. Целью работы явилось разработка и внедрение в практику резекционной хирургии желудка эвертированной и гипотракционной технологий. Материал и методы. В эксперименте (n=12) при резекциях желудка использовали однорядный эвертированный анастомоз собственной конструкции (патент) с широкой прецизионной адаптацией подслизистой основы и дополнительными гипотракционными швами (патент). В клинике указанная конструкция соустья применена у 26 больных трудными язвами двенадцатиперстной кишки. Язвы были гигантские с глубокой пенетрацией в головку поджелудочной железы. Результаты и их обсуждение. В эксперименте произведена типичная резекция 2/3 желудка с обработкой малой кривизны желудка механическим (УО-40) и ручным непрерывным швами (4/0). Формирован гастродуоденоанастомоз с предварительным удалением слизистой оболочки с сохранением ее подслизистой основы на культе желудка и иссечением слизистой оболочки на культе двенадцатиперстной кишки. Использован однорядный эвертированный шов с широкой зоной соприкосновения подслизистой основы. Далее накладывались дополнительные гипотракционные серозно-мышечные швы из рассасывающего материала в количестве 3-4 на расстоянии 1,5-2,0 см от основных, которые позволяли сблизить анастомозированные отделы друг к другу, тем самым уменьшить тракционную нагрузку на основные швы линии гастродуоденального анастомоза. Хронические опыты показали, что заживление тканей в области гастродуоденоанастомоза с эвертированной ориентацией шовного валика протекает по типу первичного натяжения с минимальными явлениями анастомозита в раннем послеоперационном

периоде. Гипотракционные швы прорезывались в течение первых трех суток. К этому сроку происходила адаптация тканей и анастомозированных отделов к изменившимся топографо-анатомическим условиям. В клинике применение новых технологий позволило во всех случаях применить резекцию желудка по способу Бильрот-I. Особенностью такого рода операций было минимальное травмирование поджелудочной железы и отсутствие (клинически и при фиброгастроуденоскопии) явлений анастомозита. Несостоятельности швов не было. Разработанная технология проста в исполнении, доступна в общехирургических отделениях различного уровня.

88. Коррекция расстройств гомеостаза при механической желтухе

Власов А.П., Зайцев П.П., Курочка Ю.Г., Тимошкин Д.Е., Чигакова И.А., Кузнецов В.С., Алькубайси Ш., Кумар Н.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Механическая желтуха вне зависимости от причины происхождения приводит к быстрому нарушению функционального состояния печени. Нарушение функционального статуса органа, выполняющего важнейшие функции организма, обуславливает быстрое нарушение гомеостатических констант, что в свою очередь вызывает нарушения функционального состояния различных органов и систем. Полиорганная недостаточность может явиться причиной необратимых поражений организма и, как следствие, летального исхода. Известно, что даже при разрешении механической желтухи функциональный статус печени в физиологическое состояние возвращается медленно. Одними из уязвимых функций печени при механической желтухе являются детоксикационная и гемостазрегулирующая. Своевременное их восстановление является первостепенной задачей современной хирургии, поскольку эти компоненты гомеостаза являются одними из основополагающих. Целью работы явилось установление эффективности ремаксоло- и

лазеротерапии у больных механической желтухой неопухолевого происхождения. Материал и методы. В клинике у 22 больных механической желтухой неопухолевого происхождения, возникшей вследствие желчнокаменной болезни и/или стриктуры холедоха, в раннем послеоперационном периоде после внутреннего дренирования желчновыводящих путей и холецистэктомии производилась комплексная терапия с включением ремаксолола (ежедневные внутривенные вливания 400,0 мл) и лазеротерапии (ежедневные сеансы аппаратом «Матрикс» (головка КЛОЗ) – излучение с длиной волны 635 нм, мощностью 2 мВт). Выполнялось транскутанное лазерное воздействие в проекции кубитальной вены в течение 30 мин. Оценивался ряд показателей гомеостаза, в том числе уровень токсических продуктов, индексы гемостаза на тромбозастрографе TEG® 5000, тесты альбуминсинтезирующей и белокметаболизирующей функции печени. Результаты и их обсуждение. Клинико-лабораторными исследованиями установлено, что даже в раннем послеоперационном периоде после ликвидации блока оттоку желчи отмечены существенные изменения гомеостатических констант крови, указывающие на нарушение функционального статуса печени, которые сохранялись продолжительное время. Отмечена сильная корреляционная связь ($r=0,78-0,91$, $p<0,05$) между выраженностью и продолжительностью расстройств гомеостаза в раннем послеоперационном периоде и длительностью желтухи (соответственно, поражением печени). При использовании комплексной терапии в раннем послеоперационном периоде отмечена существенная положительная динамика восстановления функционального состояния печени. Выявлено уменьшение явлений интоксикации (уровень токсических продуктов различной природы снижался на 15,3-38,2 %), восстановление белоксинтезирующей функции печени (уровень альбумина повышался на 8,9-17,6 %), коррекция коагуляционно-литического состояния (показатели системы гемостаза изменялись на 7,3-28,1 %). Эффективность комплексной терапии по отношению коррекции гомеостаза отражалась и клинически. У больных сравнительно легче протекал послеоперационный период, быстрее (на 7- 24 ч) восстанавливалась функция кишечника, меньше возникало послеоперационных осложнений, в том числе и со стороны раны оперативного доступа.

89.Вероятность нестандартных решений, как результат 25 летнего опыта хирургического лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы (СДС)

*Бенсман В.М., Савченко Ю.П.,
Триандафилов К.Г., Пятаков С.Н.*

Краснодар, 2) Сочи

1) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», 2) ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1

Актуальность. Раневой процесс при сахарном диабете (СД) требует нестандартных лечебных решений. Например, при тендогенном распространении инфекции и гнойной деструкция плантарной кожи. Материал и методы. Причиной глубокой диабетической плантарной флегмоны (ГДПФ) у 273 из 307 больных (89,0%) явился пандактилит большого пальца с тендовагинитом его длинного сгибателя. Вторичная флегмона голени у 19 больных возникла при ГДПФ тем же тендогенным путём, но также с участием сухожилия длинного сгибателя пальцев. У 9 других больных в результате тендовагинита длинной малоберцовой мышцы возникла глубокая надпяточная флегмона. Этот тендовагинит у 4 больных осложнил течение ГДПФ, а у 5 – явился результатом пенетрации подошвенной язвы в сухожилие. Поэтому при тендовагините пандактилитного и язвенного генеза, тендогенных флегмонах стопы и голени, хирургическая обработка (ХО) всегда дополнялась радикальным удалением «причинных» сухожилий. Хирургической обработкой ГДПФ (патент №2180810 от 16.02. 1999) нам в 14% случаев не удалось остановить её прогрессирование. Этим больным выполнены гильотинные ампутации на стопе, или костнопластическая ампутация голени по Н.И. Пирогову. На ампутационную рану торца стопы трансплантировали кожу, расщепленную не меньше, чем до 600 микрон. Подошвенные раны 19 больным закрыли спицевой разнонаправленной тензией тканей (патент №2362502 от 11.05.2010). У 6 из 14 больных диабетической стопой Шарко выполнили радикальную синовэктомию (патент № 2341221 от 20.12.08), а структуральную плоско-вальгусную деформацию исправили «обратной» клиновидной резекцией и внеочаговым аппаратным артродезом. Полученные результаты и обсуждение. По поводу сепсиса при тендогенной флегмоне голени 7 больным ампутировали бедро,

что привело к 57,1±18,3% летальности. При той же патологии, 12 пациентам медиальным доступом произведена ХО канала Грубера с тендэктомией, что снизило летальность до 16,6±9,7% (p<0,05). В целом, радикальная резекция «причинных» сухожилий позволила предотвратить восхождение инфекции у 97±4,3% больных. При тендогенной надпяточной флегмоне гной прорывался в подкожную клетчатку, некротизируя отслоенную кожу. Реплантиция кожи по В.К. Красовитову у 8 из 9 больных сохранила её жизнеспособность. Свободная дермопластика ран подошвы, или их закрытие кожей тыла стопы, у 13 больных закончились неудачей. Тензионное закрытие подобных ран во всех 14 случаях привело к заживлению с сохранением опорной функции. После костнопластических ампутаций голени по Н.И. Пирогову у 15 из 17 больных образовались язвы культи. Их причиной, видимо, стал перенос опоры с подошвенной поверхности на кожу позади пяточного бугра. Двум пациентам костнопластические ампутации выполнены атипично, и поэтому они избежали образования язв. У них пяточная кость срослась с берцовыми костями не плоскостью вертикального сечения бугра, а его горизонтальным опилом. В силу этого обстоятельства сохранилась нагрузка на кожу подошвы, генетически приспособленную к опоре. У 6 больных диабетической стопой Шарко, сформированный тарзо-метатарзальный анкилоз восстановил продольный свод стопы, что предотвратило язвообразование. Выводы. 1. При пандактилите большого пальца следует иссекать сухожилие его длинного сгибателя. Кроме этого, при операции по поводу ГДПФ, необходимо удалить и сухожилие общего сгибателя пальцев. 2. Причиной глубокой надпяточной флегмоны является тендовагинит длинной малоберцовой мышцы, возникающий при контакте с ГДПФ или при пенетрации подошвенных язв. 3. Тканевая тензия сохраняет уникальное свойство подошвенной кожи противостоять опорной нагрузке. 4. Костнопластическая ампутация голени по Н.И. Пирогову при СДС должна обеспечить опору не на кожу позади пяточного бугра, а на его подошвенную поверхность.

90.0 выборе сроков высокой ампутации при диабетической гангрене*Ефимов Е.В., Шапкин Ю.Г.*

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет

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. 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. 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. 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 предоперационной 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%.

91. Результаты эндопротезирования абдоминальной аорты

Фокин А.А.(2), Владимирский В.В.(1),
Кочнева В.Д.(1), Барышников А.А.(1),
Игнатов В.А.(1), Черноусов В.В.(1)

Челябинск

1. ГБУЗ «Челябинская Областная Клиническая
Больница» 2. ГБОУ ВПО «Южно-Уральский
государственный медицинский университет»

Актуальность: Аневризмы абдоминальной аорты (AAA) являются довольно распространенным заболеванием, которое в прогностическом плане достаточно опасно, так как представляет непосредственную угрозу для жизни пациентов. Эндопротезирование в сравнении с открытой реконструкцией снижает риск оперативных вмешательств, следовательно уменьшает летальность. Цель исследования: на основании нашего опыта имплантации оценить отдаленные результаты эндоваскулярных реконструкций при аневризмах брюшной аорты и подвздошных артерий и сопоставить с результатами открытых операций при AAA. Материалы и методы исследования: за период с августа 2013 года по январь 2018 года нами были просмотрены данные МСКТ 147 пациентов. Из них 62 пациентам была выполнена эндоваскулярная реконструкция, 57 пациентам – резекция AAA, а 28 пациентов находятся на консервативной терапии. Мы использовали стент – графты «Ella» (Чехия) – 38 пациентам и «Medtronic (США) – 24 больным. Протезирование ОБА выполнялось 4 пациентам при выраженном кальцинозе и при аневризматическом изменении артерии. Возраст больных варьировал от 53 до 81 года. Из 62 прооперированных нами больных 59 (95,2 %) мужчин и 3 (4,8 %) женщины. 43 (69,3%) пациента являются курильщиками. У 44 (71 %) пациентов в анамнезе была ИБС, ХСН у 30 (48,4%), ГБ у 52 (84%), облитерирующий атеросклероз нижних конечностей у 19 (30,6 %), ПИК у 30 (48,4 %), КШ и СКА у 15 (24,2 %), НРС у 12 (19,3 %), СД 2 типа у 11 (17,7 %), ХОБЛ у 17 (27,4 %), операции на клапанах сердца у 7 (11,3 %), ЯБЖ и 12 кишки у 29 (46,8 %), каротидная эндартерэктомия в анамнезе у 4 (6,4 %), идеопатический дерматомиозит у 3 (4,8 %), открытые оперативные вмешательства на брюшной полости в анамнезе у 4 (6,45%), ХБП у 17 (27,4 %), ОНМК у 9 (14,5%), панкреатит у 9 (14,5 %), рак в анамнезе у 13 (21%) пациентов. Результаты исследования: В срок от 6 до 50 месяцев

контрольное УЗИ было выполнено 48 (77,4 %) пациентам. Контрольная КТ- ангиография была выполнена 40 (64,5 %) пациентам. Увеличение аневризматического мешка не было выявлено ни в одном случае. За время наблюдения скончалось два пациента: - один больной через год после имплантации стент-графта (с диагнозом «эндокардит»), на патологоанатомическом исследовании признаков инфекции стент-графта не выявлено; второй пациент через два года, диагноз – повторный инфаркт миокарда, кардиогенный шок. Пяти из восьми больных с покрытием браншей устья ВПА выполнена МСКТ через год после процедуры. Кровотока по ВПА не выявлено. После резекции AAA с августа 2013 года по январь 2018 года из 62 пациентов умерло 4 больных. Обсуждение: Эндопротезирование обладает такими преимуществами: не требует общей анестезии, меньше травматизация и послеоперационный болевой синдром, сокращение времени пребывания больного в стационаре и необходимости нахождения в палате интенсивной терапии, снижение объема кровопотери и ближайшей послеоперационной летальности. Несмотря на средний возраст пациентов 69 лет, наличие сопутствующей патологии и высокого хирургического риска, результаты эндопротезирования AAA без значимых осложнений. В настоящее время пациентам с сопутствующей патологией эндопротезирование является приоритетным видом лечения. Выводы: - ближайшие и отдаленные результаты (от 6-52 месяцев) после операции эндопротезирования AAA и подвздошных артерий у 62 пациентов подтвердили безопасность и хорошую переносимость имплантируемых стент-графтов; - Нами не было получено разницы по ближайшим и отдаленным результатам между двумя группами имплантируемых стент- графтов Ella и Medtronic; - Хирургический метод тоже является эффективным методом лечения AAA, 5-летняя выживаемость составила (93,5%), но он сопряжен с более высокими рисками; - Эндоваскулярное лечение является методом выбора для пациентов высокого риска, сопровождается низким уровнем послеоперационных осложнений и быстрым восстановлением функционального состояния по сравнению с результатами резекции AAA; - Полное исключение AAA из кровотока является главным критерием успешного лечения аневризмы. Рекомендации: Главное, это взвешенный подход к выбору тактики лечения пациента после всесторонней оценки всех факторов риска, как со стороны исходного соматического состояния пациента и анатомических особенностей

аневризмы, так и с учетом агрессивности вмешательства.

92. Обзор 385 случаев перитонита, вызванного заболеваниями и травмами верхних мочевых путей

Мусаилов В.А. (1), Крайнюков П.Е. (2),
Есипов А.В. (3)

Красногорск, 2) Москва, 3) Красногорск

1) Филиал №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России 2) ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России 3) ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России

Проведен анализ материалов историй болезни и клинических наблюдений 385 пациентов с перитонитом, вызванным повреждениями и травмами верхних мочевых путей. Пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 248 человек, которым для лечения перитонита применяли только общепринятые методики. В основную группу вошли 137 пациентов, у которых кроме общепринятых методов лечения применяли комплексную лимфатическую терапию (лимфотропное введение амикацина, регионарную иммунотерапию полиоксидонием) и NO-терапию (интраоперационная и послеоперационная чрездренажная обработка брюшной полости монооксидом азота). Возраст пострадавших колебался от 19 до 73 лет. Средний возраст пострадавших составил: в основной группе $39,5 \pm 14,0$; в контрольной – $40,8 \pm 15,2$. Статистически значимых различий по возрасту не выявлено. Среди обследованных пострадавших в обеих группах преобладали мужчины – 97 (70,8%) в основной группе и 172 (69,4%) в контрольной группе. Подавляющее число пострадавших – лица наиболее трудоспособного возраста: от 21 до 60 лет – 86,1% в основной группе и 77,8% в контрольной группе. Причинами перитонита в основной группе явились: закрытая травма живота с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря – 82 (59,9%), перфорация мочевого пузыря инструментом – 12 (8,78%), самопроизвольный внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря вследствие гангренозного цистита – 18 (13,1%), самопроизвольный

внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря вследствие распада опухоли мочевого пузыря – 14 (10,2%), пионефроз с перфорацией в брюшную полость – 5 (3,7%), интраоперационное повреждение мочеточника – 6 (4,4%). Причинами перитонита в контрольной группе явились: закрытая травма живота с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря – 169 (68,2%), перфорация мочевого пузыря инструментом – 18 (7,3%), самопроизвольный внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря вследствие гангренозного цистита – 23 (9,3%), самопроизвольный внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря вследствие распада опухоли мочевого пузыря – 21 (8,5%), пионефроз с перфорацией в брюшную полость – 8 (3,2%), интраоперационное повреждение мочеточника – 9 (3,6%). Выполнены нижеперечисленные оперативные вмешательства. В контрольной группе: ушивание мочевого пузыря 187 (75,4%); резекция участка мочевого пузыря и ушивание 23 (9,3%); ушивание мочеточника на стенке 9 (3,6%), цистэктомия с неоуретерокутанеостомия 21 (8,5%); нефрэктомия 8 (3,2%). В основной группе: ушивание мочевого пузыря 94 (68,6%); резекция участка мочевого пузыря и ушивание 18 (13,1%); ушивание мочеточника на стенке 6 (4,4%), цистэктомия с неоуретерокутанеостомия 14 (10,2%); нефрэктомия 5 (3,7%). Характер осложнений и объём выполненных реопераций. Контрольная группа: релапаротомия по требованию 32 (12,9%); абсцесс в брюшной полости 3 (1,2%); эвентрация 4 (1,6%); спаечная кишечная непроходимость 4 (1,6%); нагноение раны 17 (6,9%). Основная группа: релапаротомия по требованию 11 (8,0%); абсцесс в брюшной полости 0; эвентрация 1 (0,7%); спаечная кишечная непроходимость 1 (0,7%); нагноение раны 3 (2,2%) По результатам лечения летальность в основной группе составила 10,21%, в контрольной группе – 17,75% и эти различия оказались статистически достоверными ($p < 0,05$). Средний койко-день у пациентов основной группы составил $18,9 \pm 7,8$ (медиана 17), а у пациентов контрольной группы – $24,8 \pm 10,3$ (медиана 23). Различия в длительности пребывания пациента на койке были статистически достоверны ($p < 0,05$). Таким образом, проблема перитонита, вызванного повреждениями и травмами верхних мочевых путей остается актуальной, частота послеоперационных осложнений составляет 24,2%; летальность составляет 17,75% и средний койко-день достигает $24,8 \pm 10,3$. Применение комплексной терапии, включающей лимфотропную антибиотикотерапию, интраоперационную и послеоперационную обработку брюшной полости монооксидом азота позволяет снизить частоту послеоперационных

осложнений до 11,7%, летальность до 10,21% и уменьшить средний койко-день до 18,9±7,8.

93. Ожоги лица как актуальная проблема военно-полевой хирургии. Краткая история вопроса

Соколов В.А., Чмырёв И.В., Бутрин Я.Л.

Санкт-Петербург

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

Всю свою историю человек защищал территорию своего проживания. Первоначальные это были стычки между соседями, общинами и племенами, а затем и уже и в масштабах государств. В каждом конфликте были раненые и пленные. Жестокие нравы древних времен проявлялись в том, что захваченным воинам и гражданскому населению зачастую отрезали носы и уши. Однако, уровень развития медицины, вплоть до средних веков, не позволял решать вопросы восстановления кожного покрова на лице. Первые кожно-пластические операции, получившие название «индийская» и «итальянская» пластика стали эффективными методами лечения данной группы пациентов. Однако, вплоть до начала XX века, развитие учения об этапном лечении пострадавших с глубоким поражением, в том числе и с ожогами, мягких тканей лица не являлось самостоятельным разделом военно-полевой хирургии. Одной из причин являлся ограниченный по численности состав войсковых группировок, вовлеченных в боевые действия. Например, во время русско-японской войны 1904-1905 годов японские силы насчитывали 300000 солдат и офицеров, русские - 500000 человек соответственно. Поэтому и число рассматриваемой группы раненых в общей структуре санитарных потерь было незначительным. Ситуация изменилась в годы последующих двух мировых войн. Многомиллионные армии, широкое использование авиации и бронетехники, массированные бомбардировки крупных городов, применение боевых зажигательных смесей и ядерного оружия – стали теми факторами, которые привели к значительному увеличению ранений и поражений мягких тканей лица как непосредственно во фронтовом районе, так и в

тылу. Так во время Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. ожоги составляли уже 1-2 % в структуре всех санитарных потерь. При этом ожоговая травма наблюдалась не только во время боев (37,4%), но и в прифронтовой полосе. Ожоги головы встречались в 32,2 % случаев, из них 95,8% составляли ожоги лица. При применении ядерного оружия в Хиросиме и Нагасаки в 1945 году 75% всех пострадавших составляли обожженные, причем у большинства отмечались ожоги головы в том числе и лица. Одновременно с увеличением числа пострадавших с ожоговой травмой шел стремительный прорыв в развитии медицины. Накапливался клинический опыт, шла целенаправленная подготовка специалистов по лечению термической травмы, совершенствовались методы анестезии и борьбы с инфекцией, разрабатывались принципиально новые методы кожной пластики. Работа по изучению термической травмы лица является актуальной для медицинской науки и в настоящее время. Это определяется появлением принципиально новых средств поражения, высокой угрозой проведения террористических актов с использованием взрывчатых веществ, частыми техногенными катастрофами и чрезвычайными ситуациями мирного времени.

94. Морфофункциональные изменения биологического протеза в отдаленном периоде

Хорев Н.Г.(1,2), Конькова В.О.(1), Шарапов В.В.(2), Шашев Н.С.(2), Востриков С.С.(3), Шойхет Я.Н.(1)

Барнаул 1),2), Кемерово 3)

1. ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ. 2. НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул ОАО «РЖД» 3. ЗАО «НеоКор», г. Кемерово

Цель: Изучить структурные изменения (кальцификация, дегенерация и аневризматическое расширение) биопротеза «КемАнгиопротез» у больных с заболеваниями периферических артерий в бедренно-подколенной позиции в отдаленном периоде. Материал и методы: У двух пациентов в результате повторных реконструктивных операций получен материал стенки биопротеза. Пациент А.,

57 лет повторное вмешательство проведено по поводу тромбоза шунта в зоне аневризматического расширения после 18 месяцев работы кондуита. Пациент В., 63 лет оперирован через 32 месяца после имплантации биопротеза в связи с прогрессирующим ростом аневризматического расширения и риском разрыва. Расширение протеза у этого больного подтверждено методами сонографии и МСКТ-ангиографии. Изучены цитологическая и гистологическая картины стенки изъятых кондуитов. Способ окраски препаратов – гематоксилин и эозин и по Ван-Гизону. Результаты и обсуждение: Гистологически в удаленном биопротезе пациента А., 57 лет определялись значительное утолщение внутренней оболочки с одновременным неравномерным истончением средней оболочки. В адвентиции существенных изменений обнаружить не удалось. Во внутренней оболочке можно было обнаружить присутствие единичных макрофагов с пенистой цитоплазмой, врастание капилляров и тонких соединительно-тканых волокон на фоне скудной лимфоцитарной инфильтрации со стороны анастомоза. Найдено отложение единичных мелких кристаллов холестерина на границе с анастомозом. Обнаружено неравномерное истончение и прерывистость внутренней эластической мембраны. Определялись начальные признаки атеросклероза в виде обызвествления средней оболочки. В зоне анастомоза зафиксирована выраженная продуктивная воспалительная реакция с присутствием многоядерных клеток, расслоением и разрушением соединительно-тканых структур. Цитогистологическая характеристика стенки биопротеза пациента В., 63 лет имеет следующее описание. Аневризма малая (15 мм): стенка сосуда с нарушением строения за счет грубого склероза, с рассеянной и очаговой смешанной воспалительной инфильтрацией (картина хронического неспецифического воспаления). В отдельных участках в инфильтрате скопления гигантских многоядерных клеток типа инородных тел. Эндотелий отсутствует. На внутренней поверхности фибрин, эритроциты, местами тромботические массы. В адвентиции – рассеянные лимфоидные инфильтраты. Аневризма большая (43 мм): резко истонченная стенка сосуда с нарушенным строением за счет грубого склероза, с рассеянной умеренной смешанной воспалительной инфильтрацией. Эндотелий отсутствует. К внутренней поверхности прилежат массы смешанного тромба, местами плотно фиксированного. В представленных наблюдениях расширение кондуита в отдаленном периоде было связано с процессами дегенерации стенки,

развитием воспаления и атеросклеротического процесса. Изменениям подвергается средняя оболочка; на внутренней поверхности располагаются организованные тромботические массы. Со стороны наружной оболочки регистрируются явления неоваскулогенеза. Найденные нами изменения не соответствуют картине интимальной гиперплазии, которая характерна для синтетических протезов. Выводы: Расширение биологического протеза в отдаленном периоде связано со структурными изменениями стенки, для которых характерно утолщение внутренней оболочки, наличие признаков воспаления и раннего атеросклероза.

95. Оперативное лечение желчнокаменной болезни у пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением

Галимов О.В.(1), Ханов В.О.(1), Ибрагимов Т.Р.(2), Сагитдинов Р.Р.(2)

Уфа

1) ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России Клиника БГМУ, Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, 2) НУЗ «Дорожный центр восстановительной медицины и реабилитации ОАО «РЖД»

В последние годы отмечается мировая тенденция к росту интереса к проблеме ожирения со стороны врачей различных специальностей. По различным данным, около 7% взрослого населения земного шара страдают ожирением, что составляет около 250 млн человек. При этом, по данным ВОЗ, в развитых странах избыточную массу тела имеет порядка трети населения (33,3%). Ожирение признано ВОЗ хронической неинфекционной «эпидемией» нашего времени, поскольку у таких пациентов снижается трудоспособность, укорачивается продолжительность и снижается качество жизни. Все вышеперечисленные проявления ожирения наиболее отчетливо выражены у лиц с III-IV степенями заболевания. Большинство клинических и эпидемиологических исследований выявило и подтвердило, что наиболее значимыми для здоровья следствиями

ожирения являются сахарный диабет 2 типа и сердечно-сосудистые заболевания. Хирургическое лечение больных с избыточной массой тела и ожирением, особенно на фоне метаболических нарушений, требует особого подхода, как в предоперационной подготовке, так и интра- и послеоперационном ведении, что связано с наличием неизменно выявляемой у них сопутствующей патологии жизненно важных органов и систем организма. В настоящее сообщение включено изучение результатов исследования 41 пациента, прооперированных на наших лечебных базах в 2016-17гг по поводу желчнокаменной болезни с индексом массы тела более 26 кг/м². Из них 4 пациента оперированы по поводу острого холецистита. В 37 случаях вмешательство выполнялось лапароскопически, 4 больным выполнены традиционные холецистэктомии, в том числе 2 пациентам с острым холециститом. Из включенных в исследование пациентов III-IV степень ожирения была у 19 человек, и у 3 отмечались патологические формы ожирения (ИМТ>45). Пяти пациентам, оперированным в плановом порядке, была выполнена симультанная операция: лапароскопическая холецистэктомия и лапароскопическая гастропликация по оригинальной методике, направленная на снижение веса. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. После операции у пациентов отмечается снижение массы тела на 29-35%. При выполнении лапароскопических вмешательств раневых осложнений не было. Нагноение раны наблюдалось у 1 пациентки оперированной традиционным методом по поводу острого холецистита. В 1 случае возникла тромбоэмболия легочной артерии у пациентки, поступившей в экстренном порядке, и оперированной по поводу острого холецистита, который закончился летально. Таким образом, наличие избыточной массы тела отрицательно сказывается на результатах хирургического лечения патологии органов брюшной полости, наиболее часто сочетающихся с ожирением. Тщательная предоперационная подготовка, проведение профилактики угрожающих жизни осложнений в интра- и послеоперационном периоде, проведение профилактики тромбоэмболических осложнений путем введения низкомолекулярных гепаринов, применение по показаниям сочетанных вмешательств, направленных на снижение массы тела дает возможность снизить количество осложнений, рецидивов и удовлетворяет эстетические потребности пациентов, повышает эффективность отдаленных результатов.

Немаловажным фактором, предотвращающим развитие гнойно-воспалительных осложнений со стороны раны, является применение эндовидеотехнологий. До недавнего времени ожирение было одним из противопоказаний к выполнению данного вида вмешательств, но полученные результаты исследования позволяют рекомендовать его для широкого внедрения в клиническую практику.

96. Применение протезов при хирургическом лечении грыжи пищевого отверстия диафрагмы II-IV типов

*Ахматов А.М., Василевский Д.И., Тарбаев И.С.,
Корольков А.Ю.*

Санкт - Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова»

Актуальность проблемы Грыжи пищевого отверстия диафрагмы II-IV типов (параэзофагеальные) в структуре данной группы анатомических нарушений составляют 5-10%. В отличие от хиатальных грыж I типа (аксиальных), параэзофагеальные грыжи практически всегда сопровождаются нарушениями пассажа пищи, и несут риск развития угрожающих жизни осложнений: механической непроходимости или ишемического некроза смещенных в средостение органов. Лечение грыж пищевого отверстия диафрагмы II-IV типов остается одной из сложных проблем хирургии в связи с высокой частотой рецидива заболевания. Повторная дислокация органов брюшной полости в средостение в различные сроки после оперативного вмешательства данного вида хиатальных грыж отмечается в 25-40% наблюдений. Основными причинами неудач коррекции размеров хиатального отверстия являются его большие размеры и механическая слабость мышечных ножек, отмечающиеся при грыжах II-IV типов. Для предотвращения рецидива заболевания применяются различные подходы: гастропликация, укрепление хиатального отверстия круглой связкой, левой долей печени, другие методики. Но

наибольшее распространение получило применение протезирующих материалов для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы. Фактором, сдерживающим широкое использование имплантатов при хирургическом лечении хиатальных грыж II-IV, является риск развития осложнений - перфорации или обструкции пищевода протезом. Материалы и методы В клинике факультетской хирургии ПСБГМУ им. И.П. Павлова с 2015 по 2017 год было оперировано 54 пациента с хиатальными грыжами II-IV типов. Во всех случаях для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы использовались полимерные имплантаты. Применялась методика "mesh-reinforced" - укрепление имплантатом предварительно сшитых мышечных ножек. При размерах хиатального окна более 7 см выполнялась комбинированная передняя и задняя крурорафия, уменьшавшая натяжение тканей, а зона лигатур позади и спереди от пищевода укреплялась двумя имплантатами полулунной или одним протезом С-образной формы. Использовались протезы из "тяжелого" полипропилена ("Prolen", "Эсфил"), обладающие наибольшей механической прочностью и высокой адгезивностью. Имплантаты фиксировались герниостеплером и перекрывали линию крурорафии на 2-2,5 см. Для исключения контакта со стенкой пищевода и ее возможного повреждения протезы располагались на расстоянии 2-3 мм от внутреннего края диафрагмальных ножек. Для предотвращения желудочно-пищеводного заброса во всех случаях выполнялась антирефлюксная реконструкция. При нормокинезии пищевода у 11 (20,3%) пациентов осуществлялась фундопликация R. Nissen. При нарушениях сократительной активности органа, имевшей место у 43 (79,7 %) человек, проводилась частичная фундопликация A. Toupet или J. Dor. В обязательном порядке при формировании манжеты стенка желудка располагалась в виде "прокладки" между пищеводом и протезом. Результаты Отдаленные результаты лечения (6-24 мес.) прослежены у 47 (87,0%) из 54 человек. Специфических осложнений (перфорации пищевода протезом, его сужения) не отмечено ни в одном случае. Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы констатирован в 3 (6,4%) случаях. Возврат симптомов гастроэзофагеального рефлюкса без рецидива хиатальной грыжи был диагностирован у 3 (6,4%) человек. Выводы 1. Использование протезов при хирургическом лечении хиатальных грыж II-IV типов позволяет добиться снижения частоты неудовлетворительных результатов лечения до 6,4 %. 2. Применение полимерных имплантатов в данной области

хирургии, с учетом особенностей анатомии и физиологии пищевода и диафрагмы, является безопасным.

97. Опыт хирургического лечения симультанной патологии у гинекологических больных в условиях поликлиники

Шихметов А.Н., Задикян А.М., Пазычев А.А.

Москва

ОКДЦ ПАО "Газпром"

В структуре экстрагенитальной хирургической патологии у гинекологических больных основное место занимают грыжи передней брюшной стенки, заболевания желчного пузыря, червеобразного отростка (25,3-35,1%). Ряд авторов отмечает, что хирургическая гинекологическая патология органов малого таза и желчекаменная болезнь встречается у 17,2-20% больных, но симультанным операциям подвергаются из них лишь 1,5-6%. Проведен анализ результатов лечения 238 гинекологических больных с сочетанной хирургической патологией, которым были выполнены симультанные операции в период с 2005 по 2015 год. Возраст больных колебался от 26 до 44 лет (30,8±1,6). Гинекологические операции выполнялись лапароскопическим доступом по поводу доброкачественных новообразований матки, придатков, эндометриоза. Хирургические вмешательства проводились женщинам по поводу хронического калькулезного холецистита – в 28,6% случаев, грыж передней брюшной стенки различной локализации – в 20,6%, хронического аппендицита – в 13,0%, фиброаденомы молочной железы – в 11,7%; геморроя - в 10,5%, варикозной болезни нижних конечностей - в 8,0%, спаечной болезни малого таза I-II ст.- в 7,6%. У 68 женщин (средний возраст 30,7±1,5 лет) с помощью лапароскопического доступа выполнена холецистэктомия в сочетании с резекцией яичника (42,7%), с овариоэктомией (10,3%), с аднексэктомией (10,3%), с надвлагалищной ампутацией матки – (8,8%), пангистерэктомией (7,3%), с консервативной миомэктомией и резекцией яичника (8,8%), с надвлагалищной ампутацией матки с придатками (11,8%). Средняя продолжительность обоих этапов операции

составила 105±5,5 минут, средняя интраоперационная кровопотеря - 136,95 мл. Контрольная группа состояла из 373 женщин с изолированной гинекологической патологией и группы из 280 женщин с изолированной хирургической патологией, подвергшихся одноэтапному оперативному лечению. У 30 пациенток (средний возраст 30,1±1,9 лет) с помощью лапароскопического доступа выполнена паховая герниопластика с использованием швов и дополнительным укреплением имплантатом, располагающимся предбрюшинно. С помощью ненатяжных способов по поводу паховых грыж у 19 пациенток (средний возраст 30,8±1,4 лет) - герниопластики: над апоневрозом - on lay (у 11 больных), ретромукулярно – sub lay (у 2 больных) и в виде заплаты – in lay (у 6 больных) в сочетании с резекцией яичника (18,4%), с овариоэктомией (20,4%), с аднексэктомией (16,3%), с надвлагалищной ампутацией матки – (10,2%), пангистерэктомией (4,1%), с консервативной миомэктомией и резекцией яичника (29,4%), с надвлагалищной ампутацией матки с придатками (19,2%). Каких-либо осложнений не выявлено. В нашем центре в 31 (14,8%) случае гинекологические заболевания сочетались с хроническим аппендицитом, по поводу которых были выполнены следующие операции с применением видеолапароскопической техники: консервативная миомэктомия + резекция яичника+аппендэктомия в 11 случаях; овариоэктомия+ аппендэктомия – в 8; аднексэктомия+ аппендэктомия – в 12. Все операции выполнялись с применением видеолапароскопической техники. В наших наблюдениях геморрой в сочетании с гинекологическими заболеваниями встретился у 25 (11,9%) пациенток. Симультанно выполнены - трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем в сочетании с лифтингом слизистой. Такая операция при геморроидальной болезни в сочетании с гинекологическими заболеваниями, является патогенетически обоснованным оперативным вмешательством: вторичного кровоизлияния не зарегистрировано; осложнения выявлены у 1 (4,0%) пациентки в виде тромбоза наружных узлов по типу перианальной гематомы. При обследовании через 6 мес. после операции выпадения узлов не выявлено у 92,0% больных. У 19 (9,1%) больных с гинекологическими заболеваниями имелась варикозная болезнь одной или обеих нижних конечностей. Клинический класс определен, как СЕАР III, IV. Симультанно выполнена одно- или двусторонняя кроссэктомия в сочетании с эндовазальной лазерной облитерацией и

радиочастотной аблацией большой подкожной вены. Нахождение больных в стационаре после операции составило в среднем 17,5±1,2 часа. Выполненная кроссэктомия представляет собой адекватную хирургическую тактику, направленную на снижение вероятности тромбоэмболических осложнений. Спаечная болезнь малого таза I-II ст. выявлена у 18 гинекологических больных. С помощью лапароскопической техники симультанно были выполнены адгезиолизис и консервативная миомэктомия + резекция яичника в 8 случаях, при аднексэктомии - в 5 и овариоэктомии – в 5. Заболевания молочной железы выявлены у 28 (15,7%) пациенток. При этом у 18 больных была обнаружена пролиферативная форма фибroadеноматоза молочной железы без атипии, в 10 – фибroadенома с преимущественной локализацией в верхненаружных квадрантах. Были выполнены операция на молочной железе в объеме секторальной резекции симультанно с операциями на матке. Выводы. 1. При планировании хирургического лечения заболеваний органов малого таза необходимо расширять стандарт предоперационного обследования на предмет диагностики сочетанных экстрагенитальных заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции. 2. Анализ результатов лечения в различных группах больных показал, что ранний период после изолированных операций и симульных вмешательств не имеет достоверных различий по интенсивности и продолжительности болевого синдрома, срокам восстановления основных функциональных систем и физической активности пациенток, а также по среднему показателю послеоперационного койко-дня. 3. Сравнительная оценка одноэтапных и симульных операций показала, что при правильном отборе больных с сочетанной патологией, адекватной предоперационной подготовке, индивидуализированным выбором метода и объема операции увеличение времени и объема операции не оказывает влияния на частоту послеоперационных осложнений и приводит к значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах.

98. Оценка риска и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у хирургических пациентов в амбулаторно-поликлиническом учреждении

*Лебедев Н.Н., Задикян А.М., Шихметов А.Н.,
Алексахин С.А., Пазычев А.А., Ванданов Б.К.*

Москва

ОКДЦ ПАО "Газпром"

На протяжении многих десятилетий венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) остаются важнейшей медицинской и социальной проблемой. Внедрение стационарозамещающих технологий позволило значительно расширить перечень и объем выполняемых оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (в стационарах с краткосрочным пребыванием). Важность прогнозирования риска развития и профилактики послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений в амбулаторно-поликлинических учреждениях существенно возросла. Несмотря на реализацию протоколов профилактики ВТЭО до 25% случаев ТГВ и ТЭЛА приходится на хирургические стационары, осложняя послеоперационный период. Профилактика ВТЭО включает оценку степени риска, выбор методов профилактики, само проведение профилактики и оценку результатов. Для индивидуальной оценки риска развития ВТЭО у хирургических пациентов применяли шкалу Joseph Caprini с учетом показателей состояния системы гемостаза. Несмотря на важность всех элементов протоколов профилактики ВТЭО, основным реализующим звеном тромбоэмболических осложнений является состояние системы гемостаза. Ключевую роль в формировании тромба играет активация (гиперкоагуляция) свертывающей системы крови - основное патогенетическое звено реализации тромбозов. Используемые в повседневной практике стандартные показатели коагулограммы (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген, МНО, протромбиновый индекс) по данным различных авторов имеют не высокую чувствительность при диагностике гиперкоагуляции, в основном характеризуют состояние отдельных факторов или звеньев системы гемостаза как на этапе обследования пациентов, так и в процессе проведения антикоагулянтной терапии. Для оценки состояния системы гемостаза в целом в настоящее время используются глобальные тесты (тест тромбодинамики, тромбоэластография, тест

генерации тромбина). Современным глобальным методом оценки системы гемостаза наиболее подходящим для использования в амбулаторно-поликлинических условиях, на наш взгляд, является тест тромбодинамики. Данный метод позволяет определить текущее состояние системы гемостаза (гипокоагуляция, нормокоагуляция, гиперкоагуляция) у конкретного пациента, выявить пациентов с высоким риском развития тромботических осложнений, провести мониторинг и оценку эффективности проводимой антикоагулянтной терапии. Цель исследования: оценить возможность теста тромбодинамики в прогнозировании риска развития и эффективности стандартной профилактики ВТЭО у хирургических пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях. Материал и методы. Проведен анализ показателей скрининговых и интегральных (тест тромбодинамики) тестов системы гемостаза у 26 пациентов (n=12 с доброкачественными образованиями придатков, n= 8 с желчнокаменной болезнью и n=6 с паховой грыжей) за период с февраля по октябрь 2017г. Средний возраст больных колебался от 28 до 72 лет. У всех пациентов риск развития ВТЭО определен как умеренный по шкале Joseph Caprini. Больных с тяжелой сопутствующей патологией не было. Объем операции - холецистэктомия, цистэктомия и герниопластика. Все операции выполнены с использованием лапароскопической техники. Карбоксиперитонеум на уровне 12 мм. вод. ст. Длительность операции в среднем составила 1 час 10 мин. Комплексную профилактику ВТЭО проводили в соответствии с «Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений». Все пациенты получали профилактическую антикоагулянтную терапию НМГ (фраксипарин, клексан) за 12 часов или таблетированными прямыми антикоагулянтами (Эликвис) за 24 часа до операции. В послеоперационном периоде антикоагулянтную терапию начинали проводить не ранее чем через 6 часов после операции, при устойчивом гемостазе. Продолжительность антикоагулянтной терапии в среднем составляла до 7 суток при нормальных показателях состояния системы гемостаза. Оценивали показатели скрининговых и интегральных тестов плазменного гемостаза в динамике - до операции, на 1-ые, и 5-ые сутки после оперативного вмешательства. Все стандартные тесты оценки системы гемостаза не показали статистически значимой взаимосвязи друг с другом (P<0,05). Все скрининговые показатели плазменного звена гемостаза до операции, на первые и пятые сутки после операции были в

пределах допустимых значений и не коррелировали с параметрами теста тромбодинамики. При анализе показателей теста тромбодинамики до операции установлено, что у 6 пациентов (22%) выявлена умеренная гиперкоагуляция за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до $31,2 \pm 0,4$ (при норме 20,0 - 29,0) и начальной скорости роста сгустка V_i мкм/мин) до $59,4 \pm 0,6$ (при норме 38,0 - 56,0). На первые сутки после операции на фоне антикоагулянтной терапии по данным теста тромбодинамики у 10 пациентов (38%) выявлена умеренная гиперкоагуляция за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до $35,0 \pm 0,8$ (при норме 20,0 - 29,0), начальной скорости роста сгустка V_i мкм/мин) до $59,8 \pm 0,6$ (при норме 38,0 - 56,0) и стационарной скорости (V_{st} мкм/мин) до 31,9 (при норме 20,0-29,0). Все пациенты на вторые сутки были выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии в компрессионных чулках с рекомендациями. На пятые сутки амбулаторного обследования гиперкоагуляция сохранялась только у трех пациентов. У двух из них незначительная гиперкоагуляция за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до $30,4 \pm 0,2$ (при норме 20,0 - 29,0). У одной пациентки на фоне антикоагулянтной терапии Эликвисом 2,5 мг 2 раза в сутки имело место усиление гиперкоагуляции за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до 35,8 (при норме 20,0 - 29,0), начальной скорости роста сгустка V_i мкм/мин) до 61 (при норме 38,0 - 56,0) и появление спонтанных очагов тромбообразования (Tsp). Хотя по данным коагулограммы показатели (ПВ, МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген) оставались без динамики по сравнению с данными до и на первые сутки после операции. Проводимая антикоагулянтная терапия Эликвисом была расценена как неэффективная, осуществлен перевод на НМГ (фраксипарин). При контрольном исследовании на 7-е сутки наблюдалась положительная динамика (снижение скорости роста сгустка, отсутствие спонтанных очагов тромбообразования). Заключение: сравнительный анализ скрининговых и интегральных тестов оценки системы плазменного звена гемостаза подтверждают высокую чувствительность теста тромбодинамики при оценке состояния системы гемостаза на всех этапах профилактики ВТЭО для оценки риска развития тромбоэмболических осложнений, выбора метода профилактики и контроля за эффективностью проводимой антикоагулянтной терапии. Стандартный объем исследований системы гемостаза (коагулограмма) не позволяет эффективно выявлять пациентов с гиперкоагуляционным состоянием, но необходим

для определения возможной причины развития нарушения свертывающей системы крови. Метод теста тромбодинамики может быть рекомендован для осуществления эффективной оценки риска и мониторинга профилактики ВТЭО в амбулаторно-поликлинических условиях.

99. Углубленное изучение хирургии на 6 курсе медицинского университета

Жариков А.Н., Лубянский В.Г., Алиев А.Р.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Начальная специализация по хирургии (субординатура) была введена на 6 курсе лечебного факультета в 70-е годы прошлого века и являлась серьезным этапом в образовании хирурга. Это было продиктовано необходимостью углубленного изучения предмета перед интернатурой, после окончания которой хирурги должны были уже самостоятельно работать в центральных районных больницах. Большая часть обучения была посвящена практической подготовке будущих хирургов: работе в клинических хирургических отделениях у постели больного, в перевязочной и операционной, на приеме с хирургом в поликлинике, освоению навыков оказания неотложной хирургической помощи. Однако учебная программа «Субординатура» была прекращена в 1996 г., а интернатура редуцирована в 2016 г. В этой связи программа и конечные цели высшего медицинского образования претерпели серьезные изменения. Потребовалась существенная коррекция учебного плана с ориентацией на работу в первичном звене здравоохранения (врач общей практики). В контексте этой перестройки появились задачи новой организации хирургической подготовки будущих врачей в клинической ординатуре. Материал и методы. С 2016 года в АГМУ в рамках основной учебной программы 6 курса лечебного факультета было введено углубленное изучение хирургии. Наряду с основными хирургическими дисциплинами (госпитальная хирургия, поликлиническая хирургия) на изучение было отведено 260 академических часов, которые

позволили сформировать разделы, посвященные дополнительному изучению основных хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полости, в том числе их современного лечения с помощью малоинвазивных (видеоэндоскопических и эндоваскулярных) технологий. С 2017 года были сформированы 2 хирургические группы по 15 человек. Зачисление на обучение проводилось по конкурсу с учетом среднего балла за предшествующий период обучения, участие в научно-исследовательской работе, олимпиадах. На клинических базах студенты были распределены по 3 человека в разные хирургические отделения. Курация работы осуществлялась высококвалифицированными специалистами кафедры (профессора, доценты), ведущими хирургами и заведующими отделениями (наставничество). Значительное внимание уделялось работе в палатах, диагностических кабинетах, перевязочных, процедурных и операционных. Ночное дежурство являлось неотъемлемым компонентом практической подготовки студентов. Для каждого обучающегося был разработан «Дневник углубленного изучения хирургии», где ежедневно фиксировалась выполненная работа в отделении. В конце обучения в дневнике формировался список практических навыков, освоенных студентом (1 уровень – наблюдение, 2 уровень – ассистенция с врачом, 3 уровень – самостоятельное выполнение), который утверждался заведующим отделением и преподавателем. Дополнительная отработка практических навыков на муляжах, фантомах, симуляторах видеолапароскопических операций осуществлялась в симуляционном центре. Расширение теоретических знаний по основным вопросам хирургии осуществлялась с помощью лекционного курса, семинарских занятий, клинических разборов, с использованием компьютерных презентаций учебного материала, видеофильмов. Важной составляющей явилась внеаудиторная работа на платформе дистанционного обучения Moodle. Выводы. Обучение будущих хирургов предполагает повышенную ответственность уже на этапе отбора на 6 курсе в специализированную группу студентов с углубленным изучением предмета. Работа в палате и в операционной с лечащим врачом, преподавателем, использование ресурсов симуляционного Центра, платформы дистанционного обучения позволяет подготовить студента к работе в клинической ординатуре и выбору будущей специализации.

100. Опыт хирургического лечения симультанной патологии у гинекологических больных в условиях поликлиники

Шихметов А.Н., Задикян А.М., Пазычев А.А.

Москва

ОКДЦ ПАО "Газпром"

В структуре экстрагенитальной хирургической патологии у гинекологических больных основное место занимают грыжи передней брюшной стенки, заболевания желчного пузыря, червеобразного отростка (25,3-35,1%). Ряд авторов отмечает, что хирургическая гинекологическая патология органов малого таза и желчекаменная болезнь встречается у 17,2-20% больных, но симультанным операциям подвергаются из них лишь 1,5-6%. Проведен анализ результатов лечения 238 гинекологических больных с сочетанной хирургической патологией, которым были выполнены симультанные операции в период с 2005 по 2015 год. Возраст больных колебался от 26 до 44 лет ($30,8 \pm 1,6$). Гинекологические операции выполнялись лапароскопическим доступом по поводу доброкачественных новообразований матки, придатков, эндометриоза. Хирургические вмешательства проводились женщинам по поводу хронического калькулезного холецистита – в 28,6% случаев, грыж передней брюшной стенки различной локализации – в 20,6%, хронического аппендицита – в 13,0%, фиброаденомы молочной железы – в 11,7%; геморроя - в 10,5%, варикозной болезни нижних конечностей - в 8,0%, спаечной болезни малого таза I-II ст.- в 7,6%. У 68 женщин (средний возраст $30,7 \pm 1,5$ лет) с помощью лапароскопического доступа выполнена холецистэктомия в сочетании с резекцией яичника (42,7%), с овариоэктомией (10,3%), с аднексэктомией (10,3%), с надвлагалищной ампуцией матки – (8,8%), пангистерэктомией (7,3%), с консервативной миомэктомией и резекцией яичника (8,8%), с надвлагалищной ампуцией матки с придатками (11,8%). Средняя продолжительность обоих этапов операции составила $105 \pm 5,5$ минут, средняя интраоперационная кровопотеря - 136,95 мл. Контрольная группа состояла из 373 женщин с изолированной гинекологической патологией и группы из 280 женщин с изолированной хирургической патологией, подвергшихся одноэтапному оперативному лечению. У 30 пациенток (средний возраст $30,1 \pm 1,9$ лет) с помощью лапароскопического доступа выполнена

паховая герниопластика с использованием швов и дополнительным укреплением имплантатом, располагающимся предбрюшинно. С помощью ненапряжных способов по поводу паховых грыж у 19 пациенток (средний возраст $30,8 \pm 1,4$ лет) - герниопластики: над апоневрозом - on lay (у 11 больных), ретромускулярно - sub lay (у 2 больных) и в виде заплаты - in lay (у 6 больных) в сочетании с резекцией яичника (18,4%), с овариоэктомией (20,4%), с аднексэктомией (16,3%), с надвлагалищной ампутацией матки - (10,2%), пангистерэктомией (4,1%), с консервативной миомэктомией и резекцией яичника (29,4%), с надвлагалищной ампутацией матки с придатками (19,2%). Каких-либо осложнений не выявлено. В нашем центре в 31 (14,8%) случае гинекологические заболевания сочетались с хроническим аппендицитом, по поводу которых были выполнены следующие операции с применением видеолaparоскопической техники: консервативная миомэктомия + резекция яичника+аппендэктомия в 11 случаях; овариоэктомия+ аппендэктомия - в 8; аднексэктомия+ аппендэктомия - в 12. Все операции выполнялись с применением видеолaparоскопической техники. В наших наблюдениях геморрой в сочетании с гинекологическими заболеваниями встретился у 25 (11,9%) пациенток. Симультанно выполнены - трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем в сочетании с лифтингом слизистой. Такая операция при геморроидальной болезни в сочетании с гинекологическими заболеваниями, является патогенетически обоснованным оперативным вмешательством: вторичного кровоизлияния не зарегистрировано; осложнения выявлены у 1 (4,0%) пациентки в виде тромбоза наружных узлов по типу перианальной гематомы. При обследовании через 6 мес. после операции выпадения узлов не выявлено у 92,0% больных. У 19 (9,1%) больных с гинекологическими заболеваниями имелась варикозная болезнь одной или обеих нижних конечностей. Клинический класс определен, как СЕАР III, IV. Симультанно выполнена одно- или двусторонняя кроссэктомия в сочетании с эндовазальной лазерной облитерацией и радиочастотной аблацией большой подкожной вены. Нахождение больных в стационаре после операции составило в среднем $17,5 \pm 1,2$ часа. Выполненная кроссэктомия представляет собой адекватную хирургическую тактику, направленную на снижение вероятности тромбоэмболических осложнений. Спаечная болезнь малого таза I-II ст. выявлена у 18 гинекологических больных. С помощью лапароскопической техники симультанно

были выполнены адгезиолизис и консервативная миомэктомия + резекция яичника в 8 случаях, при аднексэктомии - в 5 и овариоэктомии - в 5. Заболевания молочной железы выявлены у 28 (15,7%) пациенток. При этом у 18 больных была обнаружена пролиферативная форма фиброаденоматоза молочной железы без атипии, в 10 - фиброаденома с преимущественной локализацией в верхненаружных квадрантах. Были выполнены операция на молочной железе в объеме секторальной резекции симультанно с операциями на матке. Выводы. 1. При планировании хирургического лечения заболеваний органов малого таза необходимо расширять стандарт предоперационного обследования на предмет диагностики сочетанных экстрагенитальных заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции. 2. Анализ результатов лечения в различных группах больных показал, что ранний период после изолированных операций и симульных вмешательств не имеет достоверных различий по интенсивности и продолжительности болевого синдрома, срокам восстановления основных функциональных систем и физической активности пациенток, а также по среднему показателю послеоперационного койко-дня. 3. Сравнительная оценка одноэтапных и симульных операций показала, что при правильном отборе больных с сочетанной патологией, адекватной предоперационной подготовке, индивидуализированным выбором метода и объема операции увеличение времени и объема операции не оказывает влияния на частоту послеоперационных осложнений и приводит к значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах.

101. Применение вакуумной терапии при несформированных неполных свищах тонкой кишки, открывающихся в гнойные раны передней брюшной стенки

Жариков А.Н., Лубянский В.Г.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Несформированные тонкокишечные свищи (НТКС) продолжают оставаться сложной проблемой современной хирургии вследствие высокой послеоперационной летальности. Их возникновение нередко происходит на фоне перитонита, что требует длительного и трудоемкого лечения, направленного на уменьшение кишечных потерь, коррекцию водно-электролитных нарушений, борьбу с гнойными осложнениями и сепсисом. В последнее время появляются сообщения об использовании аспирационной технологии с помощью отрицательного давления в хирургическом лечении распространённого перитонита, в том числе и кишечных свищей. Цель. Оценить возможности использования вакуумной аспирации у больных с НТКС, открывающимися в гнойные раны передней брюшной стенки. Материал и методы. За последние 2 года в отделении гнойной хирургии находилось на лечении 5 больных с НТКС, открывающимися в гнойные раны передней брюшной стенки. Основные причины их возникновения: 2 - перфорации после операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, 1 - деструкция стенки вследствие флегмоны передней брюшной стенки после надвлагалищной ампутации матки, 1 - несостоятельность швов после ушивания дефекта тонкой кишки по поводу тупой травмы живота, 1 - перфорация после реконструктивной операции на ободочной кишке. Открытие НТКС приходилось в период течения перитонита и сопровождалось гнойными изменениями раны передней брюшной стенки. Основными показаниями к использованию вакуумной терапии были отсутствие признаков прогрессирования перитонита и наличие неполного свища, что определялось наличием ежедневного стула, а также данными пассажа бария, подтверждающего сброс контраста ниже кишечного свища в ободочную кишку. В программу лечения входили 2 задачи: 1. Как можно быстрее очистить и уменьшить размеры гнойной раны вокруг свища. 2. Обеспечить

отведение кишечного содержимого из раны и купировать ферментативный дерматит. Дебит кишечного содержимого варьировал от 300 до 1100 мл. Размер раны достигали 16,3±2,4 см. Первым этапом лечения выполнялись некрэктомии раны с наложением вторичных швов на края, что обеспечивало уменьшению ее размеров вокруг свища. В последующем проводилась вакуумная терапия с помощью аппарата создающего отрицательное давление RENASYSTMGO. Если в отделяемом из кишечного свища преобладали пищевые массы и свищ был большого диаметра, то проводилась его изоляция от раны с помощью круглого валика и калоприемника, а в остальную часть раны укладывали мелкопористую губку для аспирации. При наличии выделения из свища только пищеварительных соков при формировании полости для вакуумной аспирации в губке использовались дренажи большого диаметра. Смена конструкций осуществлялась 1 раз в 3 дня. Герметизм раны и отведение кишечного содержимого в 3 случаях способствовали активизации двигательного режима больных, улучшению пассажа с уменьшением дебита по свищу до 150 мл в сутки. Стул был ежедневным, что позволяло продолжать вести рану со свищем консервативно. В этот период терапия была направлена на коррекцию водно-электролитных потерь, нутритивных нарушений, защиту кожи, лечение сепсиса. Важное значение уделялось контролю формирования возможных абсцессов в брюшной полости, который осуществлялся при МСКТ. Достигнув размера раны со свищем 6 – 7 см мы смогли устанавливать на нее калоприемник диаметром 80 мм, смену которого в дальнейшем осуществляли сами больные. Процесс формирования НТКС составил 2 – 2,5 месяца. В 2 случаях диаметр свища увеличился, он стал полным, с дебитом до 1,5 литров, что на фоне их водно-электролитных нарушений потребовало оперативного лечения. Отключение свища с использованием еюнотрансверзоанастомоза из доступа в левом подреберье обеспечило восстановление пассажа, однако 1 пациент умер на фоне органной дисфункции. Выводы. 1. Использование вакуумной аспирации способствует уменьшению гнойной раны передней брюшной стенки, ликвидации дерматита, формированию в ране тонкокишечного свища в виде энтеростомы. 2. Применение метода наиболее эффективно при неполных НТКС.

102. Одно- и многоэтапные реконструктивные операции при осложненном течении язвенного колита.

*Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П.,
Базиян-Кухто Н.К.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького

Актуальность: Решение об объеме выполнения оперативного вмешательства при осложненном течении язвенного колита практически всегда принимается хирургом индивидуально, несмотря на многочисленные попытки их стандартизировать. Стремления одновременно выполнить и органоуносящий, и реконструктивный этапы операции не всегда удается реализовать в связи с тяжестью патологического процесса, а также другими факторами. Поэтому, проблема этапности хирургического лечения пациентов с осложненными формами язвенного колита остается весьма актуальной. Материалы и методы: В клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе Донецкого проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения с 2012 по январь 2018 года по поводу осложненного течения язвенного колита всего были оперированы 67 пациентов. 38 пациентам выполнено одноэтапное реконструктивное хирургическое вмешательство (колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза и протективной илеостомией). Следует отметить, что из них в 2 случаях выполнена лапароскопически-ассистированная колпроктэктомия. У 23 пациентов, как первый этап, была выполнена субтотальная колэктомия с отдельной илео- и сигмостомией. Из них 8 пациентов в последующем перенесли вторым этапом сигмопроктэктомию с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза. Таким образом, реконструктивные вмешательства в один (у 38 пациентов) или несколько этапов (у 8 пациентов) были выполнены в 46 случаях. У 6 пациентов были выполнены другие хирургические вмешательства (колпроктэктомия, брюшно-анальная резекция, проктэктомия). Для динамического наблюдения в послеоперационном периоде всем пациентам регулярно проводили эндоскопию с биопсией

культы прямой кишки, илеального резервуара и последующим морфологическим исследованием, серию рентгенографических (поуч-графия), СКТ (включая виртуальную колоноскопию) и МРТ исследований, анкетирование при помощи опросников качества жизни. Полученные результаты: Не было отмечено разницы между количеством и структурой послеоперационных осложнений у пациентов в зависимости от количества этапов хирургического лечения. Функциональные результаты (кратность стула, функция держания анального сфинктера) у пациентов при выполнении одноэтапной операции не отличались от таковых при выполнении операции в несколько этапов. Функциональные результаты не различались также при выполнении лапароскопически-ассистированного и традиционного хирургического пособия. Выводы: При осложненном течении язвенного колита выполнение реконструктивного хирургического вмешательства остается возможным и закономерным как в один, так и в несколько этапов. Возможно выполнение лапароскопически-ассистированного этапа колпроктэктомии.

103. Антирефлюксная хирургия. Некоторые нерешенные вопросы.

Тарбаев И.С., Василевский Д.И., Ахматов А.М.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова МР

В настоящее время под гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) понимается комплекс клинических симптомов или осложнений, возникающих в результате заброса желудочного содержимого в пищевод. Распространенность данной патологии в России соответствует мировым показателям, и составляет 12,5% у мужчин и 13,9% у женщин. Клиническая роль ГЭРБ определяется широким спектром ассоциированных с ней пищеводных и экстраэзофагеальных синдромов. Причиной развития заболевания является нарушение барьерной функции гастроэзофагеального перехода, чаще всего обусловленное хиатальной грыжей. Стандартом лечения ГЭРБ является фармакологическая терапия

ингибиторами протонной помпы. Дополнительно могут применяться антациды и прокинетики. Показанием к хирургическому лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является неэффективность медикаментозной терапии. Резистентность к консервативному лечению отмечается в 10-15% случаев. Принципами антирефлюксных оперативных вмешательств являются восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в зоне пищеводно-желудочного перехода, создание дополнительных барьерных механизмов и сохранение естественной функции верхних отделов пищеварительного тракта. При нормокинезии пищевода обычно выполняются полные фундопликации R. Nissen или M. Rossetti. В случаях нарушения сократительной активности органа осуществляются мягкие циркулярные или частичные реконструкции: P. Donahau, ("short floppy Nissen"), A. Toupet, R. Belsey и др. Соблюдение данных правил в большинстве случаев позволяет добиться хорошего контроля проявлений гастроэзофагеального рефлюкса и избежать побочных эффектов оперативного вмешательства. Более сложной задачей является устранение хиатальной грыжи и восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между пищеводом, желудком и диафрагмой. Частота повторного смещения гастроэзофагеального перехода в средостение и рецидива ГЭРБ при пластике хиатального отверстия собственными тканями достигает 40%. Для решения данной проблемы в течение последних двух десятилетий для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы используются протезирующие материалы. Их применение позволяет снизить частоту неудовлетворительных результатов хирургического лечения ГЭРБ до 5-10%. При пластике хиатального отверстия применяются как методики свободного расположения имплантата ("tension-free"), так и укрепление протезом традиционной крурорафии ("mesh-reinforced"). Достоинствами свободных вариантов закрытия хиатального окна протезирующими материалами являются простота и отсутствие риска смещения имплантата. Изъяном методик "tension-free" является контакт пищевода с протезом, несущий вероятность перфорации, пролежня или фиброзной компрессии пищевода. При комбинированном способе первым этапом выполняется крурорафия. После этого зона лигатур на хиатальных ножках укрепляется "onlay" или "sublay" имплантатом. Недостатком технологии "mesh-reinforced" является риск прорезывания лигатур на ножках диафрагмы до момента образования прочных сращений с

имплантатом. Сравнительных исследований эффективности и безопасности обеих методик до настоящего времени не проводилось. Важным вопросом применения имплантатов для коррекции размеров хиатального отверстия в антирефлюксной хирургии является выбор материала протеза. В настоящее время с успехом используются U, V, O образной формы из всех, существующих медицинских полимеров и композитов. Представленные в литературе данные иллюстрируют как хорошие ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения ГЭРБ, так и случаи развития осложнений или рецидива заболевания при использовании протезов всех видов. Однако масштабные клинические исследования по данному вопросу пока отсутствуют. Представленный краткий обзор позволяет констатировать: различные аспекты выбора методики применения, материала и формы, а также безопасности использования полимерных имплантатов в антирефлюксной хирургии до настоящего времени остаются предметом научного обсуждения и требуют проведения дальнейших исследований.

104. Несостоятельность швов после ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки

Белоконев В.И. (1), Вавилов А.В. (2), Харин И.В. (3), Асатрян В.Г. (1)

Самара

1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ 2) ГБУЗ СО СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова 3) ГБУЗ СО СГКБ №8

У пациентов при несостоятельности швов после ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) летальность колеблется от 38% до 70%, которая обусловлена развитием кровотечения, перитонита и формирования «истошающего» свища, приводящего к развитию энтеральной недостаточности. Цель работы – оценить результаты лечения больных с несостоятельностью швов после ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Материал и методы. Изучены результаты лечения 22 больных с

несостоятельностью швов после ушивания прободной язвы ДПК. При этом использованы 4 варианта тактики лечения: консервативная при адекватной функции дренажей, установленных во время выполнения первичной операции; повторное ушивание прободной язвы; устранение прободной язвы ДПК при выполнении пилоропластики по Финнею после стволовой ваготомии; резекция желудка по способу Бильрот-2 Бальфуру без и с формированием дуоденостомы на дренаже. Результаты и их обсуждение. При консервативном лечении у больных с несостоятельностью швов прободной язвы ДПК из 5 пациентов умерло 2. При повторном ушивании прободной язвы из 4 умерло 2 больных. После стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею у 2 больных летальных исходов не было. При выполнении резекции желудка по способу Бильрот-2 Бальфуру у пациентов с несостоятельностью швов после ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки из 11 умерло 6. Выводы. При несостоятельности швов ушитой прободной язвы ДПК возможно 4 варианта лечения. Их результаты зависят от времени диагностики несостоятельности, адекватной функции дренажей, установленных во время первичной операции, и развившихся новых осложнений (кровотечения, перитонита). При несостоятельности швов ушитой прободной язвы наилучшие результаты удается получить при наличии условий для выполнения стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею. Летальность при консервативном лечении, повторном ушивании прободной язвы и резекции желудка колеблется от 40 до 54%.

105. Тактика лечения кишечной непроходимости, осложненной перитонитом и свищами тонкой кишки

Белоконов В.И. (1), Вавилов А.В. (2), Бабаев А.П. (2), Губский В.М. (1)

Самара

1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ 2) ГБУЗ СО СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Лечение послеоперационной кишечной непроходимости, осложненной перитонитом и свищами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), во время операции снижает возможности наложения межкишечных анастомозов, направленных на восстановление пассажа химуса по желудочно-кишечному тракту. Цель исследования - проанализировать непосредственные результаты различных способов лечения больных со спаечной кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом и свищами ЖКТ. Материал и методы. Проведен анализ лечения 72 больных с кишечной непроходимостью (ОКН), осложненной перитонитом и свищами ЖКТ. Основными причинами непроходимости были спаечная болезнь брюшной полости, воспалительные инфильтраты после аппендэктомии, острого панкреатита тяжелого течения, огнестрельные дробовые ранения брюшной полости. При выполнении операций были использованы 4 варианта тактики. Суть первой тактики заключалась в консервативном ведении больных при адекватной функции дренажей, установленных во время первичной операции. При второй - во время релапаротомии проводили ушивание образовавшихся свищей на фоне назогастроинтестинальной интубации ЖКТ. При третьей - проводили резекцию участка тонкой кишки со свищем с выведением концевой еюно- или илеостомы. При четвертой - после резекции участка тонкой кишки, несущего свищ, накладывали первичный энтеро-энтеро- или энтеро-колоанастомоз. Результаты. Тактика лечения зависела от стадии перитонита и эндогенной недостаточности. Первый вариант тактики был использован у 10 больных, у которых во время первичной операции брюшная полость была дренирована, а содержимое из свища улавливалось в дренаж при сохраненном пассаже химуса по ЖКТ (умер 1). Вторым вариантом тактики использован у 32 больных, у которых на фоне интубации и дренирования ЖКТ

проводили ушивание образовавшегося свища в тонкой кишке (умерло 7). Третий вариант тактики использован у 22 больных, у которых после резекции участка кишки со свищом формировали концевую еюно- или илеостому и сквозное дренирование ЖКТ (умерло 2). Четвертый вариант формирования первичного анастомоза применен у 8 пациентов, которые оперированы в реактивную стадию перитонита на фоне спаечной болезни и образовавшегося свища (умер 1). Всего из 72 пациентов умерло 10 (13,9%). Выводы. Тактика лечения больных с ОКН, осложненной перитонитом и свищами ЖКТ, зависит от адекватной функции дренажей, установленных в брюшной полости, типа свища и сохранения пассажа химуса по ЖКТ. Третий вариант тактики возможен при сквозном дренировании ЖКТ с постоянной аспирацией кишечного химуса. Выведение концевой еюно- или илеостомы при ОКН в токсическую и терминальную стадии, осложненной кишечным свищом, является эффективным методом устранения причины перитонита.

106. Состояние показателей фибринолитической системы у больных с критической ишемией нижних конечностей при проведении ревааскуляризирующих вмешательств

*Зорькин А.А.(1), Дрожжин Е.В.(1),
Кательницкий И.И.(2), Никитина Ю.В.(3),
Мазайшвили К.В. (1)*

Сургут, 2) Ростов-на-Дону

1) Сургутский государственный университет,
2) Ростовский государственный медицинский университет, 3) Сургутская городская клиническая больница

Ведение больных с облитерирующей сосудистой артериальной патологией при наличии критической ишемии (КИ) представляет серьезную проблему. Это связано с неудовлетворительными результатами ревааскуляризирующих вмешательств, что сопровождается развитием осложнений, прогрессированием КИ, утратой конечности и развитием летального исхода в ближайшие 3-7 лет от момента диагностики КИ. «Пусковым фактором» для прогрессирования КИ часто является тромбоз

зоны реконструкции в послеоперационном периоде. Пациенты с КИ имеют выраженные нарушения в системе гемостаза, что, наряду с гемодинамическими факторами, во многом определяет исход выполнения ревааскуляризирующего вмешательства. Большое значение в естественном или принудительном восстановлении кровотока в пораженном сегменте конечности могут иметь процессы фибринолиза, потенциал которых может представлять для хирурга практический интерес. Цель исследования. Изучить отклонения фибринолитического звена системы гемостаза и их динамику у больных с КИ в периоперационном периоде. Материалы и методы. Изучалось состояние фибринолитической системы (ФС) и динамика лабораторных показателей у 180 пациентов, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии СГКБ, г. Сургут и хирургической клинике Ростовского ГМУ в 2009-2017 гг. в периоперационном периоде в связи с выполнением различных ревааскуляризирующих вмешательств по поводу КИ. Больные разделены на 3 группы по 60 пациентов в каждой и отличались характером медикаментозной терапии. В 1 группе проводилась общепринятая сосудистая терапия, во 2 группе больных с сахарным диабетом (СД) проводилась общепринятая сосудистая терапия в сочетании с агрессивной коррекцией гликемии, у больных 3 группы проводилась общепринятая сосудистая терапия в сочетании с вазопростаном и сулодексидом. У всех групп больных перед началом лечения и после проведенной терапии определялись некоторые показатели гемостазиограммы (XIIa-зависимый фибринолиз, плазминоген) на автоматическом анализаторе «СА-500» и комплекте оборудования для исследований методом ИФА («Systemex», Япония). Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты и их обсуждение. У всех пациентов с КИ до операции отмечены исходные отклонения в состоянии ФС: повышение времени лизиса эуглобулиновой фракции на 1,45 мин относительно контрольных значений и снижение содержания плазминогена до нижней границы референтных значений (81%), $p > 0,05$. В первой группе больных на фоне комплекса периоперационной терапии не выявлено существенной тенденции по нормализации этих показателей. Так динамика XIIa-зависимого фибринолиза составила 12,8% (повышение показателя на 1,72 мин), содержание плазминогена увеличилось до 84%, $p > 0,05$. Таким образом, в группе 1 на фоне проведенной терапии сохранялся дефицит фибринолитического потенциала крови. Во второй группе лечение также не привело к

значительному положительному эффекту по нормализации параметров фибринолиза. Отмечено более существенное, чем в первой группе увеличение XIIa-зависимый фибринолиза (на 7,53 мин, 56%), $p < 0,05$, а содержание плазминогена осталось на уровне исходных показателей. Таким образом, в группе 2 на фоне проведенной терапии нарушения фибринолитического потенциала были более существенны, чем в группе 1. В третьей группе после терапии XIIa-зависимый фибринолиз снизился на 3,9 мин (29%), $p < 0,05$, содержание плазминогена увеличилось до 87%, $p > 0,05$. Таким образом, в группе, где дополнительно к общепринятой терапии назначались вазопростан и сулодексид, отмечена положительная лабораторная динамика в виде увеличения фибринолитического потенциала крови. Выводы. У больных с КИ нижних конечностей одним из проявлений дискоагуляции является дефицит фибринолитического потенциала. Дефицит ФС более характерен для больных с течением КИ на фоне СД. Общепринятая сосудистая терапия и агрессивная коррекция гликемии не оказывают влияния на фибринолитический потенциал крови. Положительная лабораторная динамика показателей ФС у больных с КИ нижних конечностей в периоперационном периоде достигается комплексной консервативной терапией с одновременным применением вазопростана и сулодексида.

107. Оправдано ли критическое отношение к передней сепарационной протезирующей пластике при лечении пациентов с вентральными грыжами

*Белоконев В.И. (1), Пономарева Ю.В. (1),
Вавилов А.В. (2), Ковалева З.В. (1),
Мелентьева О.Н. (1)*

Самара

- 1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
- 2) ГБУЗ СО СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

В плановой хирургии первое место занимают больные с первичными и послеоперационными грыжами. Это не случайно, так как по мировой

статистике грыжами страдает от 3 до 10% населения. Переход от старых натяжных способов пластики к новым безнатяжным позволяет улучшить результаты лечения и снизить процент рецидивов заболевания. Однако, при этом требуется специальная подготовка врачей-хирургов для овладения ненатяжными способами пластики с использованием синтетических протезов, так как работа с ними предъявляет определенные требования, несоблюдение которых может привести к осложнениям. В настоящее время у хирургов появилась возможность выбора между двумя способами протезирующей пластики в зависимости от расположения протеза. Так, наряду с передней сепарационной пластикой появилась возможность выполнения задней сепарационной пластики, при которой протез располагают ретромукулярно или предбрюшинно. При этом сторонники второго варианта операций объясняют его преимущество тем, что нет необходимости в дренировании раны и нет риска образования сером в послеоперационном периоде. Одной из особенностей задней сепарационной пластики является сшивание грыжевых ворот над протезом. Для уменьшения натяжения это достигается путем продления операционного доступа в краниальном и каудальном направлениях, что увеличивает подвижность рассеченных продольно задних листков влагалищ прямых мышц живота. Анализ техники задней сепарационной пластики показывает, что ниже *linea arcuata* протез располагается не над задними листками влагалищ прямых мышц живота, а предбрюшинно. При этом при гипогастральных срединных грыжах нижняя граница протеза доходит до лонной кости. Такое его расположение в дальнейшем может затруднить выполнение операций у мужчин по поводу заболеваний мочеполовой системы. Литературные данные свидетельствуют также и о том, что и при задней сепарационной пластике образуется в послеоперационном периоде серомы. Кроме того, расположение на большой площади синтетического материала в предбрюшинном пространстве предрасполагает к развитию спаечного процесса между париетальной брюшиной и петлями кишечника с развитием острой кишечной непроходимости. Судя по публикациям, общее число операций, выполненных в России методом задней сепарационной протезирующей пластики, еще не велико и отдаленные результаты изучены недостаточно. Об этих особенностях способа следует помнить, прибегая к его использованию. С 1994 по 2018 годы при лечении больных с вентральными и послеоперационными грыжами нами используется передняя протезирующая

сепарационная пластика комбинированным способом, выполнение которой возможно в двух вариантах. К настоящему времени такие варианты операций выполнены у более чем 1000 больных. При этом у подавляющего числа больных получены отличные и хорошие результаты, как в ближайшем, так и отдаленном послеоперационном периодах. Следует отметить, что практически у 50% больных с грыжами потребовалось выполнение симультанных операций. При этом изоляция протеза, расположенного в передних слоях брюшной стенки является предпочтительным, так как он не оказывает влияние на течение восстановительных процессов в оперированных органах. Предложенные варианты дренирования раны и обработка кожно-подкожных лоскутов у пациентов с большими и гигантскими грыжами позволила свести к минимуму частоту ранних и поздних осложнений. Таким образом, полученный опыт показал, что критическое отношение к передней сепарационной протезирующей пластике комбинированным способом при лечении пациентов с вентральными грыжами не оправдано.

108. Хирургический гемостаз как основа лечения пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца и признаками неустойчивой гемодинамики

Демко А.Е.(1,2), Кажанов И.В. (1,2), Мануковский В.А.(1,2), Колчанов Е.А.(2), Микитюк С.И.(1,2), Гаврищук Я.В.(1,2), Тания С.Ш. (1), Ильиных А.В (2).

Санкт-Петербург

1) ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» 2) ФГБОУВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Травма таза является одной из наиболее сложных в лечении травм опорно-двигательной системы, а уровень летальности при повреждениях таза достигает по данным литературы 15%. В группе пострадавших с нестабильной гемодинамикой летальность возрастает до 60%, что происходит вследствие продолжающегося массивного внутритазового кровотечения, и требует особого

подхода к лечению данной категории пострадавших. Нами проанализированы результаты лечения 92 пострадавших с гемодинамически нестабильными повреждениями тазового кольца в двух травматологических центрах 1-го уровня за период с 2013 по 2017 г. Были определены следующие критерии нестабильности гемодинамики: САД меньше 90 мм. рт. ст. Разработан специальный лечебно-диагностический алгоритм по хирургическому гемостазу в группе пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца и признаками продолжающегося внутритазового кровотечения. У всех пострадавших была подтверждена большая забрюшинная тазовая гематома (по данным КТ таза или в ходе лапароскопии или лапаротомии). В зависимости от морфологии повреждения таза были использованы те или иные методы механической стабилизации (тазовая повязка, АВФ, рама Ганца) как первый этап оказания специализированной помощи. При сохранении нестабильной гемодинамики использовались различные способы остановки продолжающегося внутритазового кровотечения. Внебрюшинную тампонаду таза выполнили у 23, чрезбрюшинную тампонаду таза - у 13, диагностическую ангиографию сосудов полости таза - у 6 пострадавших с последующей эмболизацией поврежденных сосудов у четырех из них, комбинацию внебрюшинной тампонады таза с ангиографией у 9 пострадавших (эмболизация – в 6 случаях). Также в качестве временного гемостаза у семи пациентов с сохранением признаков нестабильности гемодинамики использовалась баллонная окклюзия аорты через бедренный доступ под рентгенологическим контролем в инфраренальном или грудном отделах аорты в зависимости от наличия или отсутствия других источников острой кровопотери (нетазовой локализации). В двух случаях выполнили пережатие нисходящей аорты из торакотомного доступа. Таким образом, окончательного гемостаза удалось достигнуть у 71 (77,2%) пострадавших. Общая летальность в исследуемой группе составила 39 (42,4 %) случаев, из них досуточная летальность - 17 (18,5%). В течение первых двух недель после травмы от инфекционных осложнений 23,9% пострадавших. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о необходимости активного использования хирургических способов гемостаза в комплексе с механической стабилизацией поврежденного тазового кольца. При использовании данного подхода к лечению пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца и признаками нестабильности гемодинамики окончательной остановки продолжающегося внутритазового

кровотечения удается добиться более чем у 3/4 пострадавших.

109. Этапные эндоскопические секвестрнекрэктомии в лечении больных острым панкреатитом тяжелой степени в фазе септической секвестрации

Дарвин В.В., Онищенко С.В., Краснов Е.А., Колмаков П.Н., Кострубин А.Л., Варданян Т.С.

Сургут

БУ ВО Сургутский ГУ, БУ Сургутская ОКБ

Частота возникновения острого панкреатита в последнее время имеет достоверную тенденцию к увеличению, составляя более 10% от экстренных хирургических больных. При этом морфологическим субстратом у 12-15% больных является инфицированный панкреонекроз, летальность при котором составляет 30-40%. Высокая летальность и разнообразие хирургических вариантов ведения больных острым панкреатитом в фазе инфекционных осложнений являются основанием для поиска оптимальных технических решений. Мы проанализировали результаты лечения 3581 больного острым панкреатитом. Тяжелая степень течения отмечена у 239 пациентов с панкреонекрозом (6,7%). При анализе примененных хирургических технологий отмечено, что мини-доступ применен у 41 пациента (17,2%), у 32 из которых в послеоперационном периоде применены этапные эндоскопические секвестрнекрэктомии через операционную рану. При выборе типа мини-доступа ориентировались на преимущественную локализацию деструктивно-инфекционного процесса в поджелудочной железе и брюшинной клетчатке: при локализации ограниченного гнойно-деструктивного процесса в области головки (D1) и/или проксимальной части тела поджелудочной железы, гнойно-деструктивном оментобурсите применяли продольную мини-лапаротомию в эпигастрии, при распространенном патологическом процесс (тотальный панкреонекроз, парапанкреатит) или при ограниченном процессе в области хвоста и тела поджелудочной железы (S1,2) - минидоступы в поясничной или пахово-подвздошной областях (в

том числе двухсторонние). Инфекционно-деструктивный процесс в поджелудочной железе при тяжелом течении панкреонекроза зачастую не имеет тенденции к стабилизации после первичной санации, в связи с чем программа хирургического лечения должна включать этапные послеоперационные санации. Сложность их проведения ограничена опасностью повреждения находящихся в зоне очага деструкции органов и сосудов и развития жизнеугрожающего кровотечения, особенно при проведении «в слепую», в связи с чем мы применяем технологию этапных эндоскопических секвестрнекрэктомий через операционную рану. Начинали программу санаций через 6-8 дней после первичной операции. Среднее количество этапных санаций составило 6+2. Техническое обеспечение – фиброгастроскоп «Olimpus GIF XQ40», петли для полипэктомии, корзины для литоэкстракции. Технология включала визуальную оценку, ревизию патологического процесса в поджелудочной железе и брюшинной клетчатке, удаление инструментами или струей жидкости свободно лежащих и не связанных с крупными сосудами секвестров, тканевого детрита, экссудата, взятие материала для бактериологического исследования, гемостаз, оптимальную установку (переустановку) дренажных конструкций. Каких-либо осложнений, связанных с проведением манипуляции, нами не отмечено. Время выполнения следующего этапа (интервал) определялось индивидуально на основании визуальной оценки динамики процесса. В межинтервальном периоде проводилось промывание антисептиками патологических полостей через дренажи. Комплексная программа консервативной терапии соответствовала положениям НКР. Завершение программы этапных секвестрнекрэктомий определялось на основании комплексной оценки физикальных, лабораторных, инструментальных (УЗИ, КТ) данных и визуальной оценки динамики патологического процесса при эндоскопии. Общая летальность в группе больных с панкреонекрозом тяжелой степени составила 32,3%. В послеоперационном периоде в анализируемой группе умерло 9 больных, летальность – 28,1%. Таким образом, этапные эндоскопические секвестрнекрэктомии через операционную рану являются безопасной хирургической технологией, повышающей радикальность санации патологического процесса у больных тяжелым панкреонекрозом и могут быть рекомендованы к практическому использованию.

110. Роль электростимуляции в исследовании функции мышц при паховых грыжах*Паскалов Ю.С., Ботезату А.А., Райляну Р.И.*

Тирасполь

Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, медицинский факультет,
кафедра хирургических болезней

Введение: Электромиография является наиболее эффективным способом оценки функциональной активности мышц передней брюшной стенки среди грыженосителей (Куликов Л.К. и соавт., 2013). Для получения и регистрации электропотенциалов с брюшных мышц большинство авторов используют различную сложности физические упражнения, при выполнении которых накожными электродами аппарата фиксируется суммарная активность исследуемой мышцы (Николаев С.Г., 2010). Необходимо учесть, что у пациентов с паховыми грыжами сухожилия брюшных мышц располагаются на границе пахового промежутка, поэтому их сокращение не всегда приводит к формированию высокоамплитудных электромиограмм. Применение электростимулирующих устройств, генерирующих импульс достаточной силы для изучения биомеханики мышечного сокращения в паховой области, является, на наш взгляд, актуальной научной задачей. Цель исследования: Изучить результаты электромиографии брюшных мышц при физической и электростимулирующей нагрузке среди больных с паховыми грыжами и здоровых пациентов. Материалы и методы: В 2016-2017 гг. на кафедре хирургических болезней проведено исследование электроактивности мышц, формирующих паховый промежуток, и группы боковых мышц живота методом электромиографии аппаратом Synapsis Neurotech Russia у 86 больных. Среди них было 55 (63,9 %) мужчин и 31 (36,1 %) женщина. Средний возраст обследованных составил 50,6 + 1,5 лет. В основную группу вошло 56 (65,1 %) больных с паховыми грыжами, которым электромиография проводилась в предоперационном периоде. В группу сравнения включено 30 (34,9 %) пациентов хирургического отделения без грыжевых дефектов. Регистрировали средние значения амплитуды и частоты электромиограмм во время сокращения мышц брюшного пресса и после включения электромиостимулирующего аппарата Health Gerald (Digital Therapy Machine, 2015) с силой импульса в 4,5 V с дальнейшей статистической обработкой

результатов исследования. Электроды электростимулирующего устройства располагали по средней линии живота выше и ниже уровня пупочного кольца. Средняя амплитуда и частота электромиограмм мышц, формирующих паховый промежуток, среди пациентов основной группы при физической нагрузке на стороне грыжевого выпячивания составила 446,88 + 53,72 МкВ и 13,34 + 4,46/с, а на здоровой стороне она оказалась на уровне 523,36 + 59,9 МкВ и 22,3 + 4,9/с. Разница в амплитуде электромиограмм между больной и здоровой паховыми областями составила 14,62 %. Среди 30 (34,9 %) пациентов группы сравнения усредненные показатели амплитуды и частоты электромиограмм мышц обеих паховых областей при самостоятельном напряжении мышц брюшного пресса оказалась равной 739,75 + 79,77 МкВ и 50,38 + 7,6/с, что превышало результаты амплитуды электромиограмм на стороне паховой грыжи на 34,4 %. В результате электростимуляции у больных основной группы амплитуда и частота электромиограмм, зафиксированных в паховых областях, оказалась равна на стороне грыжи 14,79 + 2,76 мВ и 182,56 + 41,91/с, а на противоположной стороне они достигли уровня 23,22 + 4,09 мВ и 192,78 + 34,24/с соответственно. Различия в амплитуде электромиограмм стимуляции между здоровой стороной и областью паховой грыжи составила 36,3 %. У здоровых пациентов усредненные амплитудно-частотные показатели электромиограмм, полученных с паховых областей во время электростимуляции, составили 66,86 + 9,8 мВ и 365,16 + 58,63/с, что превышает амплитуду для лиц с паховыми грыжами на 77,9 %. При электромиографическом исследовании боковых мышц среди больных основной группы физическая нагрузка выявила на стороне паховых грыж средние значения амплитуды и частоты электромиограмм на уровне 551,09 + 24,1 МкВ и 55,55 + 4,37/с соответственно. На здоровой стороне амплитудно-частотные характеристики этой группы мышц составили 627,05 + 23,47 МкВ и 86,12 + 16,39/с. Таким образом, отличие в амплитуде боковых мышц на стороне грыжи и на здоровой стороне при выполнении физических упражнений составило 12,1%. В группе сравнения электрофизиологическая функция боковых мышц с обеих сторон практически не отличалась и была на уровне 773,04 + 38,3 МкВ по амплитуде и 96,63 + 4,65/с по частоте. Снижение амплитуды электромиограмм группы боковых мышц у пациентов с паховыми грыжами по сравнению со здоровыми пациентами достигло 28,7 %. Электростимулирующие амплитудно-частотные параметры боковых мышц на стороне паховых грыж составили 21,28 + 3,4 мВ и 252,29 + 53,9/с, со

здоровой стороны электропотенциалы группы боковых мышц оказались выше – 31,63 + 4,3 мВ и 263,79 + 61,77/с. Следовательно, превосходство амплитуды в группе боковых мышц на здоровой стороне передней брюшной стенки при электростимуляции достигло 32,7 %. В группе сравнения усреднённые электрофизиологические характеристики группы боковых мышц при стимуляции равнялись 42,2 + 8,21 мВ и 351,93 + 75,22/с. Отличие между значением амплитуды электромиограмм стимуляции боковых мышц живота между больными с паховыми грыжами и здоровыми пациентами составила 49,5 %. Выводы: У больных с паховыми грыжами обнаружено снижение амплитудно-частотных характеристик миограмм мышц, формирующих паховый промежуток на 34,4%, и группы боковых мышц живота на 28,7%, а использование электростимулирующих устройств позволяет повысить точность исследования электропотенциалов брюшных мышц до 77,9%.

111. Комбинированный лечебно-диагностический алгоритм при неуточнённых желудочно-кишечных кровотечениях

*А.В.Кащенко (1,2), М.Г.Желнинов (4),
А.В.Лодыгин (1,4), Е.Г.Солоницын (1),
Э.Ю.Качесов (3), Д.В.Распереза (2), С.М.Лобач (2),
Е.Л.Васюкова (1,2), Е.Г.Бескровный (4).*

Санкт-Петербург

- 1) Кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского Государственного Университета
- 2) Клиническая больница № 122 имени Л.Г.Соколова
- 3) ГБУЗ «Александровская больница»
- 4) НУЗ «Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД»

Обзор проблемы. Среди пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) у 5-25% источник не удается установить эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС) и колоноскопией (КС). В США частота составляет 20,5-27 человек, в Европе — 9-21 человек на 100 тыс. населения в год. Данных пациентов объединяют в группу «неуточнённых желудочно-кишечных кровотечений». Выделяют явные неуточнённые

ЖКК, когда имеется соответствующая клиническая картина, и скрытые, когда факт кровотечения устанавливается только лабораторно. Актуальность для хирургической гастроэнтерологии представляют пациенты первой группы, нуждающиеся в ускоренном диагностическом алгоритме и активной лечебной тактике. Цель. Разработка и внедрение лечебно-диагностического алгоритма у пациентов с явными желудочно-кишечными кровотечениями из неустановленного источника. Материалы и методы. Проанализирован совместный опыт Клинической больницы № 122 и Александровской больницы за 2008-2016 г.г. по диагностике и лечению пациентов группы ЖКК из неустановленного источника. Отобрано 72 человека группы явных неуточнённых ЖКК. Поло-возрастная градация: мужчины 58,3%, женщины 41,7%; m 56 лет. Клиническая картина характеризовалась теми или иными признаками кровотечения (haematemesis, haematochezia, melena), давность симптоматики от 3 часов до 45 суток (m 4,5 суток). По уровню анемии преобладали пациенты с легкой (43,0%) и средне-тяжелой (34,7%) степенью. У основной массы пациентов (72,2%) тяжесть кровопотери носила среднюю степень. У 5,6% пациентов кровотечение носило профузный характер. Источник кровотечения (диагноз) был установлен в 10 случаях традиционной эндоскопией (ЭГДС, КС), в 35 случаях — с помощью видеокапсульной энтероскопии (ВКЭ), в 13 — последовательным применением ВКЭ и баллон-ассистированной энтероскопии (БАЭ), в 14 — селективной мезентерикографией. ВКЭ проводилась комплексом EC type I (Olympus, Япония): время транзита 4,5 – 7 часов (m 5,9 часов). БАЭ выполнялась однобаллонным энтероскопом SIF-Q180 (Olympus, Япония): осмотрено трансорально от 50 до 300 см кишки после связки Трейца (m 164 см), трансанально от 70 до 150 см проксимальнее баугиниевой заслонки (m 114 см), средняя продолжительность 80 и 94 минуты соответственно. Рентген-интервенционная диагностика выполнялась ангиографической системой Innova 3100IQ (General Electric, США). Результаты. Диагностированы следующие нозологии: сосудистые аномалии слизистой (ангиодисплазии, эктопические вариксы, GAVE-синдром) – 38 случаев, неспецифические эрозивно-язвенные процессы – 11, новообразования (полипы, подслизистые образования, опухоли) – 7, болезнь Крона – 5, дивертикулез – 5, вирсунгоррагии (кровотечение в кисту поджелудочной железы) – 3, кровотечение в кисту поджелудочной железы с прорывом в желудок/12-перстную кишку – 2, аортоинтестинальный свищ – 1. В некоторых случаях

имелось сочетание патологических процессов. В 8,3% случаев источник кровотечения не был выявлен. По факту выявленных патологических процессов приняты следующие тактические решения. Хирургическое лечение — 11,1% случаев: резекция тонкой кишки по поводу злокачественной опухоли, гастротомия/дуоденотомия с прошиванием кровоточащей кисты поджелудочной железы, еюнотомия с разобщением аорто-еюнального свища и ушиванием дефекта аорты. Эндоскопические операции — 4,2% случаев: подслизистая резекция новообразования и полипэктомия при синдроме Пейтс-Егерс посредством БАЭ. Эндоскопический гемостаз — 32%: ЭГДС/КС (при технической доступности очага) и БАЭ с использованием аргонно-плазменной коагуляции (эрозивно-язвенное поражение, небольшие ангиодисплазии, GAVE-синдром, дивертикулы), клиппированием (крупные ангиодисплазии, язва Дьелафуа), лигированием (эктопические вариксы). Эндоваскулярный гемостаз — 15,3%: с помощью адгезивного клеевого композита или эмбосфер (300-500 мкр), выполнялся при вирусангиоматозах, кровотечениях в кисту поджелудочной железы с прорывом в просвет пищеварительного тракта, стресс-язвах тонкой кишки и вторичном опухолевом поражении, GAVE-синдроме, эктопических вариксах. Комбинированный эндоваскулярный и эндоскопический гемостаз применялся в 2,7%. Консервативное лечение выполнено у 34,7% пациентов (болезнь Крона и неспецифические эрозивно-язвенные поражения без признаков продолжающегося кровотечения). Гемотрансфузии потребовались в 29,2% случаев. В 8,3% случаев первичное тактическое решение было неэффективно (несостоятельный гемостаз или рецидив кровотечения), что потребовало выбора другого способа гемостаза. Смертность составила 5,5%. Выводы. Активная лечебная тактика у пациентов с явными неуточненными ЖКК применялась в 65,3% случаев, оперативная активность (хирургические и эндоскопические операции) составила 15,3%. Результаты ВКЭ определяют тактику лечения в 43,2% случаев. Применение рентген-эндоваскулярного вмешательства оправданно в ситуации профузного кровотечения или при кровопотери тяжелой степени.

112. Опыт хирургического лечения желчнокаменной болезни

*Сталева К.В.(1, 2), Севостьянова К.С.(1),
Плиева Д.М.(1,2), Алмазов А.А.(1)*

Новосибирск

НГУ (1)ГБУЗ НСО ГКБ №25 (2)

В настоящее время прослеживается отчетливая тенденция сведения к минимуму лапаротомных вмешательств и стремление к уменьшению инвазивности операций. Вопрос о целесообразности выполнения оперативного вмешательства тем или иным способом остается дискуссионным и актуальным, с решением подходов, позволяющих выполнить оперативное вмешательство с наиболее благоприятным исходом для пациента. В связи с этим, мы решили изучить преимущества и недостатки холецистэктомии, выполненной различными доступами и в разные сроки от начала заболевания и изучить встречающиеся осложнения в интра и послеоперационном периодах. Цель работы: Проанализировать течение послеоперационного периода после холецистэктомии у пациентов с желчнокаменной болезнью после планового и экстренного оперативного вмешательства, выполненного лапароскопическим/лапаротомным доступом. Задачи: 1. Оценить влияние выбора доступа на течение послеоперационного периода 2. Определить влияние сроков до операции на развитие послеоперационных осложнений 3. Изучить характер и частоту встречаемости осложнений у пациентов в послеоперационном периоде в зависимости от выбора доступа

Материалы и методы исследования В основу настоящего исследования положены результаты обследования и хирургического лечения пациентов, оперированных в экстренном и плановом порядке в отделении хирургии МУЗ НСО ГКБ № 25 города Новосибирска за период 2016-2017 годов. Мы проводили сравнительный анализ и изучение послеоперационного периода у пациентов, оперированных в экстренном порядке лапаротомным (1 группа — 39 пациентов), лапароскопическим (2 группа — 19 пациентов) доступами, а также оценивали течение послеоперационного периода у пациентов, оперированных лапароскопическим доступом плановом порядке — 3 группа пациентов (58 человек). Все исследуемые пациенты не имели статистически значимых различий по возрасту,

массе тела и могли быть сравнимы по исходным данным. Результаты и обсуждение. Интраоперационно в 1 группе пациентов отмечался более высокий уровень кровопотери (средняя кровопотеря: 1 группа - 77,02±/34,6 мл, 2 группа - 30,4±/23,08мл, 3 группа - 24,6±/6,7мл (p=0,0005)). У пациентов, оперированных в условиях острого процесса операция занимала большее количество времени, чем у пациентов, оперированных в плановом порядке (2 группа- 90,2±/26,4мл, 3 группа - 42,9±/21,1мл, (p=0,005)). В исследуемых группах была дважды выполнена конверсия: во время плановой и экстренной ЛСХ. Конверсию мы не считали осложнением оперативного вмешательства. Причиной перехода на лапаротомный доступ были фиброзные сращения в области треугольника Кало. У пациентов с хроническим воспалительным процессом в желчном пузыре количество приступов желчной колики в анамнезе пациента влияло на продолжительность оперативного вмешательства, причиной тому служили спаечные и рубцовые сращения в гепатикопанкреатодуоденальной зоне. В исследовании встречалось 14 случаев осложнений в послеоперационном периоде (6 после лапаротомной холецистэктомии, 8 – после лапароскопической). Таким образом, хотелось бы отметить, что несмотря на малую инвазивность лапароскопического доступа при холецистэктомии, и мнения о том, что ЛСХ - "золотой стандарт" в лечении ЖКБ, осложнения, связанные с оперативным вмешательством, в данной группе пациентов встречаются наиболее часто. Осложнения, преобладающими в нашем исследовании были кровотечения из пузырной артерии (35,7%), желчеистечение (21,4%). Из осложнений, не связанных с гепатобилиарной зоной, был случай острого нарушения мозгового кровообращения. В послеоперационном периоде после лапаротомной холецистэктомии также было 3 случая летальных исходов. Причиной которых стала дестабилизация коморбидной патологии пациентов. Перспектива снижения послеоперационных осложнений при лечении ЖКБ в более тщательном предоперационном обследовании пациентов, своевременном выполнении операции по поводу ЖКБ, выполнение операции в плановом порядке, учете аномалий развития желчевыводящих путей, повышении квалификации и опыта практикующих хирургов. Выводы. 1. Лапароскопическая холецистэктомия способствует более быстрой активизации пациентов в послеоперационном периоде, но при выборе данного доступа в условиях острого процесса имеется наибольший риск возникновения

послеоперационных осложнений. 2. Множественные приступы желчной колики в анамнезе увеличивают время оперативного вмешательства и вероятность возникновения интра и послеоперационных осложнений. 3. Из осложнений в послеоперационном периоде после холецистэктомии преобладают кровотечения (35,7%), желчеистечение (21,4%), вне зависимости от выбранного оперативного доступа.

113. Опыт применения синтетических аналогов соматостатина при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода в многопрофильном хирургическом Центре Республики Саха (Якутия)

Савельев В.В., Винокуров М.М., Егорова В.П.

Якутск

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

Актуальность. Лечение осложнений синдрома портальной гипертензии, в особенности кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, остается и по настоящее время актуальной проблемой urgentной гастроэнтерологии в связи с высокой летальностью и большим количеством их рецидивов. Материал и методы. Представленная работа основана на ретроспективном анализе результатов комплексного лечения 57 больных с циррозом печени и синдромом портальной гипертензии находившихся на лечении в экстренном хирургическом отделении Республиканской больницы №2 ? Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2015 по 2017 гг. Средний возраст пациентов составил 45,1±6,5 лет, при этом мужчин было ? 38 (66,7%), женщин ? 19 (33,3%). Диагноз цирроз печени и его осложнения верифицирован на основании многоуровневого обследования. Объем интенсивной терапии определялся в соответствии с рекомендациями международного консенсуса Baveno VI (2015) (Италия). В качестве вазоактивных средств использовали синтетические аналоги соматостатина (Соматостатин, Октреотид). При интерпретации эндоскопической картины

руководствовались рекомендациями японского научного общества по изучению портальной гипертензии (1991). Совокупную степень расширения вен пищевода и желудка устанавливали по модифицированным критериям K-J Raquet (1983). Для достижения цели исследования, пациенты были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 23 (40,4%) пациента, у которых, с целью остановки кровотечения использовалась только установка зонда Sengstaken-Blakemore. Основную группу составили 34 (59,6%) пациента, которым наряду с зондом-обтуратором в комплексной интенсивной терапии применялись синтетические аналоги соматостатина. Полученные результаты. Сочетанное использование зонда Sengstaken-Blakemore на фоне 24-часового внутривенного введения синтетических аналогов соматостатина при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода позволило добиться гемостаза в 94,3% наблюдений. Ранний рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в первые 5-7 суток после остановки кровотечения на фоне введения препаратов отмечен лишь у 4 (11,8%) пациентов, еще у 2 (5,9%) пациентов повторные эпизоды кровотечений зафиксированы на 10-е и 14-е сутки стационарного лечения. В случае же с пациентами контрольной группы, в комплексном лечении у которых с целью остановки кровотечения использовалась только установка зонда-обтуратора, добиться полноценного гемостаза удалось не многим больше чем в 77,6% случаев. Ранний рецидив кровотечения в первые 5-7 суток отмечен у 5 (21,7%) пациентов и еще у 3 (13,0%), эпизоды кровотечения зафиксированы на 9-е и 12-е сутки лечения. Обсуждение. Как и многие другие авторы, мы считаем, что наиболее оправданным в комплексной интенсивной терапии является назначение препаратов, действие которых направлено на снижение портального давления и уменьшение притока крови к варикозно расширенным венам пищевода. Проведенные исследования указывают, что с развитием кровотечения вазоактивные препараты должны быть введены как можно раньше и их применение продолжено для предупреждения рецидива кровотечения в течение 5-7 дней. Выводы. Наряду с широким внедрением в клиническую практику эндоскопических и эндоваскулярных методов остановки кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, фармакотерапия вазоактивными препаратами должна являться неотъемлемой частью лечения. Приоритетным направлением терапии вазоактивными препаратами следует считать наиболее раннее их

включение в комплекс интенсивной терапии. Рекомендации. Полученные нами данные позволяют рассматривать синтетические аналоги соматостатина в комплексной интенсивной терапии при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода препаратами выбора.

114. Перфоративный аппендицит в левосторонней диафрагмальной грыже

*Шляховский И.А., Ермолова И.В., Селина И.Е.,
Бурчуладзе П.О.*

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

По литературным данным червеобразный отросток обнаруживается в грыжевом мешке у 2-4% пациентов с грыжами различной локализации: чаще в паховой грыже с правой стороны, затем в бедренной, пупочной, послеоперационной и диафрагмальной грыжах. Расположение червеобразного отростка в левосторонних паховых грыжах описаны как единичные случаи, чаще при подвижной слепой кишке. Мы представляем клиническое наблюдение пациента с острым перфоративным аппендицитом осложненным эмпиемой плевры в ложной левосторонней диафрагмальной грыже. Пациент К. 21 л. 19.04.2017 доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации научно-исследовательского института имени Н.В. Склифосовского с жалобами на интенсивные боли в животе, тошноту, с диагнозом: «Подозрение на разрыв аневризмы аорты? Перфорация полого органа?». Учитывая наличие выраженного болевого синдрома и симптомов раздражения брюшины срочно проведено обследование. В анализе крови лейкоцитоз - $16,9 \times 10^9/\text{л}$. с палочкоядерным сдвигом - $11 \times 10^9/\text{л}$. При рентгенологическом исследовании брюшной полости и грудной клетки установлено, что купол диафрагмы слева не визуализируется. Тень средостения значительно смещена вправо. Левый контур тени сердца не дифференцируется. На латерограмме на уровне задних отростков 7-10 ребер определяются ячеистые газовые просветления (гаустры толстой кишки). По заключению рентгенолога выявленные изменения

следует трактовать как разрыв левого купола диафрагмы с ущемлением толстой кишки. Больной срочно оперирован. Произведена верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости незначительное количество мутного выпота. Желудок расположен обычно, не увеличен, в области луковицы 12-перстной кишки рубцовые ткани по ее передней стенке. Печень увеличена в размерах, уплотнена. Обнаружен дефект в заднем скате левой половины диафрагмы размерами 10,0х6,5см в поперечном направлении от левой ножки диафрагмы до боковой стенки. Отмечается отсутствие в брюшной полости всех отделов тонкой и толстой кишки, а также селезенки. Край диафрагмы в области ее дефекта представлены грубой рубцовой тканью, грыжевой мешок отсутствует. Выполнена сагиттальная передняя диафрагмотомия длиной 4,0 см. После разделения спаек из плевральной полости эвакуировано 150,0 мл жидкого гноя. Тонкая и толстая кишка, а также селезенка обнаружены в левой плевральной полости, низведены в брюшную полость. При ревизии нижняя доля левого легкого поджата. Повреждений левого легкого, а также признаков ущемления кишечника не выявлено. Париетальная плевра и серозная оболочка кишечника гиперемированы, налет фибрина. Отмечено значительное удлинение брыжейки толстой кишки (до 40,0 см). Червеобразный отросток утолщен, напряжен, с наложениями фибрина. При прицельной тщательной ревизии в средней его трети обнаружен участок перфорации диаметром до 2,0 мм. Ситуация расценена как острый гангренозный перфоративный аппендицит в левой плевральной полости, эмпиема плевры. Выполнена аппендэктомия с погружением культи отростка в кисетный и Z - образный швы. Левая плевральная и брюшная полость многократно промыты растворами антисептиков, осушены. Левая плевральная полость дренирована двумя двухпросветными дренажными трубками. Дефект диафрагмы ушит П-образными швами Prolen 2\0 с созданием дубликатуры. Дренажные трубки установлены в полость малого таза, под левый купол диафрагмы и в правое подпеченочное пространство. Операционная рана послойно ушита. В связи с неразрешающимся в послеоперационном периоде левосторонним гидротораксом 04.05.2017 выполнена видеоторакоскопия. Выполнен пневмолиз, декорткация легкого, санация и дренирование левой плевральной полости. Плевральная полость тщательно промыта и дренирована дополнительно 2 дренажами. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара на 32-е сутки после поступления.

Следует отметить, что при дополнительном сборе анамнеза указаний на какую-либо травму, которая могла бы стать причиной разрыва диафрагмы выявить не удалось. На давность разрыва диафрагмы указывают множественные плотные висцеропариетальные сращения в области дефекта диафрагмы. Возможно удлинение брыжейки брыжейки ободочной кишки (более 40,0 см) также происходило постепенно, по мере взросления пациента. Полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости и активная хирургическая тактика позволили установить правильный диагноз и обусловили благоприятный исход.

115.Современные подходы в хирургическом лечении пациентов с десмоидными фибромами передней брюшной стенки.

Кострыгин А.К., Рябов А.Б., Хомяков В.М., Черемисов В.В., Каприн А.Д., Новикова О.В., Аксенов С.А., Стецюк А.Н.

Москва

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ НМИЦ Радиологии Минздрава России

Актуальность: Десмоидные фибромы - высококодифференцированные опухоли соединительной ткани, представляют собой редкую патологию. Возникновение ДФ абдоминальной локализации составляет 2 – 4 случая на 1 миллион человек в год, не более 0,01 – 0,03% среди всех опухолей мягких тканей. Несмотря на то, что ДФ не обладают всеми характеристиками злокачественной опухоли, заболевание характеризуется тяжелым клиническим течением, связанным с частым упорным рецидивированием. Указанные особенности, представляют определенные сложности в достижении локального контроля при хирургическом лечении. Материал и методы: В период с 2009 по 2017 гг. в торакоабдоминальном отделении МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу первичных и рецидивных десмоидных фибром передней брюшной стенки были оперированы 72 пациента, в том числе 2 мужчин (2,8%) и 70 женщин (97,2%). Все операции выполнены по оригинальной методике - патент №

2581249. Средний возраст составил 33,2±3,1 года (15 - 61 лет). У 23 (31,9%) больных опухоль локализовалась в левой прямой мышце, у 22 (30,5%) – в правой прямой мышце, у 8 (11,1%) локализовалась одновременно в правой и левой мышцах живота. У 6 (8,3%) – в косых и поперечных, у 14 (19,4%) пациентов опухоль вовлекала одновременно несколько мышц (прямую, косые и поперечную). Объем операции зависел от локализации новообразования и включал субтотальное удаление опухоли в едином блоке с мышечно-апоневротическим футляром и последующей пластикой дефекта композитной сеткой. Операции по поводу первичных ДФ выполнены у 58 (80,5%) пациентов. Операция по поводу рецидивов после лечения в других ЛПУ выполнены у 14 (19,4%) пациентов. У семи (9,7%) больных десмоидные опухоли были ассоциированы с семейным полипозом толстой кишки. Полученные результаты: У всех оперированных пациентов удалось обеспечить хороший косметический эффект, сохранить симметрию передней брюшной стенки и конфигурацию живота. Случаев развития послеоперационных вентральных грыж после пластики композитной сеткой не зафиксировано. При длительности наблюдения от 1 до 92 месяцев (медиана - 38,8 месяцев) рецидивов после резекций R0 не зарегистрировано. По данным планового гистологического исследования у 8,6% больных (5 из 58), оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу первичных ДФ, обнаружены элементы опухоли в одном из краев резекции (R1). При этом, местный рецидив в виде небольшого узла в подкожной клетчатке реализовался лишь у 1 пациентки, которой выполнена реоперация в объеме R0. Операции по поводу рецидивных ДФ, у больных оперированных ранее в других медицинских учреждениях, выполнены 14 (19,4%) больным, у двух 14,2% из них в последующем возник повторный рецидив, что потребовало повторной операции. Основным осложнением являлось накопление серозной жидкости, которое отмечено у 22% пациентов. При оценке качества жизни средние показатели анкеты Sf-36 составили от 70,7 до 91,9 баллов. Пациенты после проведенного лечения считали себя излечившимися. У 5 пациенток после хирургического лечения с пластикой синтетической сеткой наступила желанная беременность. В 4-х наблюдениях у пациенток родился здоровый ребенок путем оперативного родоразрешения, в одном – не осложненные срочные роды. Выводы: Хирургическое лечение является основным методом лечения ДФ абдоминальной локализации. Субтотальное удаление пораженной прямой

мышцы в едином блоке с апоневротическим футляром (R0) позволяет минимизировать частоту местных рецидивов. При развитии местных рецидивов после ранее проведенного хирургического лечения ДФ брюшной стенки показана операция, однако повторные вмешательства сопряжены с более высоким риском развития послеоперационных осложнений и рецидивирования. Перенесенное по поводу ДФ брюшной стенки вмешательство с абдоминопластикой не является противопоказанием к реализации репродуктивной функции при адекватном сопровождении беременности и родов. У больных с ДФ на фоне синдрома Гарднера приоритетной задачей является лечение, по поводу полипоза толстой кишки, в связи с высоким риском малигнизации полипов.

116. Хирургическое лечение сочетанных огнестрельных проникающих ранений груди.

*Ивченко Д.Р. (1), Жестков К.Г. (2),
Палтышев И.А. (1)*

Балашиха

1) ГВКГ войск национальной гвардии 2) РМАНПО

Большинство огнестрельных проникающих ранений груди сопровождается острой массивной кровопотерей и шоком. При сочетанном ранении, тяжесть травмы усугубляется. Так при торакоабдоминальных ранениях летальность в Афганистане достигала 42,3%, в Чечне – 33%. Материалом исследования стали 309 наблюдений огнестрельных проникающих ранений груди за 2000 - 2014 годы, полученных военнослужащими внутренних войск МВД России в ходе проведения контртеррористических операций на Северном Кавказе. Нами изучены причины гибели 106 раненых на поле боя и в лечебных организациях. На поле боя 49% раненых с огнестрельными проникающими ранениями груди погибло от острой кровопотери, 40% - от непосредственного повреждения жизненно важных органов и 11% - от острой дыхательной недостаточности. В лечебных организациях у 25% раненых в грудь смерть связана с повреждением жизненно важных органов (ранение сердца – 20,8%, ранение головы – 4,2%), а

у 66,6% - с кровотечением из периферической части легкого, грудной стенки и кровопотери от сочетанных повреждений. При хирургическом лечении 227 раненых, у 186(81,9%) повреждения груди были сочетанными. Травматический шок развился у 138 (60,8%) раненых. Тяжесть повреждения составила $8,1 \pm 1,9$ балла по шкале ВПХ (ОР). Основная доля послеоперационной летальности была связана с острой кровопотерей и шоком. Так, послеоперационная летальность у 67 раненых с огнестрельными проникающими ранениями груди и шоком составила 23,9%. Исходя из причин гибели раненых в грудь, нами разработана рациональная хирургическая тактика при лечении сочетанных огнестрельных проникающих ранений груди, сопровождающихся шоком. Основными элементами рациональной хирургической тактики являются: дренирование плевральной полости широкопросветными дренажами; при профузном внутриплевральном кровотечении - выполнение неотложной торакотомии с атипичной резекцией легкого с целью остановки кровотечения; отказ от проведения лобэктомий и пневмонэктомий; использование элементов damage control при сочетанных повреждениях других областей. Применение рациональной хирургической тактики позволило у 71 раненого снизить послеоперационную летальность до 9,9%.

117.Эндовидеохирургическая паховая герниопластика: одна, но такая разная

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

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский
университет

Как известно, целью лечения паховых грыж является хирургическая коррекция имеющейся слабости брюшной стенки, а способом, минимизирующим травматизацию операции - эндовидеохирургическая герниопластика с преперитонеальным размещением сетчатого импланта, перекрывающего всю паховую область. В настоящее время в клинической практике применяют 2

эндовидеохирургического подхода к паховой герниопластике: трансабдоминальный (TAPP) и его логическое продолжение - экстраперитонеальный (TEP), который является относительно новым направлением - «хирургией искусственно созданных пространств». TAPP и TEP при паховых грыжах мы выполняем с 2015 года, а экстраперитонеальную пластику по технологии extended view-TEP (e-TEP) - с 2017 года. За это время нами оперировано 110 пациентов, из них у 28 (25,5%) имелись двусторонние паховые грыжи: у 13 - двусторонние прямые, у 5 - двусторонние косые, у 4 - двусторонние сочетанные, у 4 - панталонная и косая, у 2 - панталонная и прямая грыжа. Во время оперативного вмешательства у 6 (5,5%) пациентов выявлены оккультные грыжи: у 2 - бедренная, у 1 - запирающая, у 3 - контрлатеральная паховая грыжа. Всего мы выполнили 138 эндовидеохирургических операций: 112 (81,2%) – TAPP, 20 (14,5%) – TEP, 6 (4,3%) - e-TEP. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 87 лет, мужчин было 104 (94,5%), женщин - 6 (5,5%). В последнее время при пластике грыжевых ворот с наибольшим размером до 3 см, как при TAPP, так и при TEP, фиксацию имплантов не производили, выполнив их вакуум-позиционирование у 10 (9,1%) больных. При размерах грыжевых дефектов более 3 см методом выбора явилась редуцированная фиксация имплантов герниостеплером в 1-3 точках или клеевая фиксация композицией «Сульфакрилат», что выполнено у 66 (60%) и 7 (6,4%) пациентов, соответственно. Отметим, что первые операции у 27 (24,5%) больных мы выполняли с фиксацией имплантов герниостеплером в 5-7 точках, что было обусловлено прохождением кривой обучения и сопровождалось более выраженным болевым синдромом. У 2 пациентов при TAPP были выполнены симультанные вмешательства: у 1 перевязка левой яичковой вены по поводу варикоцеле, у 1 - пластика IPOM plus по поводу послеоперационной грыжи M2-3W2. От классической TEP экстраперитонеальная пластика e-TEP, выполненная нами у 6 пациентов, 2 из которых перенесли срединную лапаротомию, отличается более простым и быстрым вхождением в экстраперитонеальное пространство, возможностью создания большей по объёму полости для манипуляций, что обеспечивает лучшую эргономику манипуляций и толерантность к карбоксиперитонеуму. По нашему мнению, при имплантации сетки необходимо адекватно перекрывать 3 возможных места выхода грыж: паховый, бедренный и запирающий канал, поэтому мы применяем полипропиленовые

импланты с минимальным размером 12x15 см. При паховых грыжах с воротами 4 см и более увеличиваем размер импланта до 15x18 см. У 5 больных при ТАРР с гигантскими и большими пахово-мошоночными грыжами на края грыжевых дефектов, превышающих 4 см, накладывали безнатяжные каркасные полипропиленовые швы, препятствующие «продавливанию» сетчатого протеза в раннем послеоперационном периоде, вплоть до завершения его интеграции в брюшную стенку. Использование сетчатого импланта без края под семенной канатик является нашей принципиальной позицией, что связано с потерей ее каркасности после разрезания, сетка так сказать «слабеет». При двухсторонних грыжах устанавливали 2 сетчатых имплантата, обращая внимание на их расположение посередине грыжевых дефектов. Активизацию больных проводили в первые часы после операции, все они были готовы к выписке на следующий день. Летальных исходов, ранних рецидивов, хронического болевого синдрома не было. Таким образом, адекватное позиционирование сетчатого импланта в преперитонеальном пространстве может быть достигнуто несколькими вариантами: ТАРР, ТЕР, е-ТЕР, владея которыми, хирург может добиться высокой безопасности и надёжности герниопластики, что наряду с другими преимуществами малоинвазивной хирургии позволяет определить эндовидеохирургический способ лечения паховых грыж как приоритетный.

118. Влияние стартовой антибактериальной терапии на иммунно-воспалительную адаптацию организма

Суслов А.В., Митрошин А.Н.

Пенза

ФГБОУ ВО "Пензенский государственный университет", Пенза

На сегодняшний день лечение тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний является актуальной задачей современной хирургии. Назначенные в комплексной терапии антибактериальные препараты, являются "золотым стандартом" лечения пациентов с такой патологией. Преследуя

цель этиологической элиминации возбудителя, антибиотики изменяют не только микрофлору кишечника, но и, их среду обитания - тканевой комплекс кишечника, который взаимосвязан с системными процессами поддержания гомеостаза. Цель: Изучить влияние антибактериальной терапии на иммунно-воспалительный статус организма. Материалы и методы: В основе работы экспериментальные исследования на лабораторных животных, крысах линии Вистар разделенных на опытную и контрольную серию. В опытной серии внутримышечно вводили цефтриаксон 15 мг/кг/сут., в контрольной – физиологический раствор. На 1, 5 и 10 сутки осуществляли вывод животных из эксперимента и забор необходимых материалов для исследования. Результаты: На фоне 10 дневной антибактериальной терапии установлено, что наибольшей изменчивости были подвержены E.coli, бифидо- и лактобактерии. При гистологическом исследовании кишечной стенки установлено, что кроме дистрофических и некротических изменений наблюдаются признаки иммунного воспаления, максимум которых, приходится на 10 сутки исследования, также выявлено увеличение диаметра и проницаемости сосудов микроциркуляторного русла к концу эксперимента. Содержание иммуноглобулина М и СРБ достоверно превышало контроль в 3,3 и 11,5 раза в динамике всего эксперимента. Анализируя уровень медиаторов воспаления (IL)-1 и (IL)-6 в ходе эксперимента, установлено, что исследуемые показатели превышали контроль на 150 и 140% соответственно. Выводы: Антибиотикотерапия приводит к напряжению адаптационного иммунного и воспалительного статуса организма. Однако, к 10 суткам антибиотикотерапии развиваются деструктивные процессы в кишечнике (среде обитания микрофлоры), что вызывает нарушение барьерной функции кишечной стенки, с последующим развитием энтеральной недостаточности кишечника. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 16-34-60130 мол_а_дк.

119. Осложнения баллонной дилатации при лечении больных с рубцовыми сужениями пищевода

Айрапетова М.П., Пушкин С.Ю., Белоконев В.И.

Самара

- 1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургических болезней №2
- 2) ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина», г. Самара, Россия

Актуальность. За последние годы у больных с рубцовыми сужениями пищевода наряду с бужированием пищевода стала применяться баллонная дилатация. По данным отдельных авторов баллонная дилатация является альтернативным методом консервативного лечения рубцовых стриктур пищевода. Однако, практическое использование данного метода показало, что, несмотря на простоту выполнения манипуляции, возможен разрыв пищевода проксимальнее или дистальнее рубцовой стриктуры. В связи с этим важное значение имеет определение показаний к баллонной дилатации пищевода у больных с рубцовыми сужениями пищевода после ожога коррозивными жидкостями. Цель работы – определить показания и противопоказания к баллонной дилатации у больных с рубцовыми сужениями пищевода после химического ожога. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 86 пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода (РСП) за период с 2010 по 2017 гг. Мужчин было 64 (74%), женщин – 22 (26%), возраст пациентов колебался от 22 до 78 лет. Для диагностики у больных с рубцовыми сужениями пищевода использовали рентгенологический и эндоскопический методы. При этом обращали внимание на протяженность рубцовой стриктуры и степень ее сужения. На основании этих данных выставляли показания к бужированию и баллонной дилатации рубцовой стриктуры пищевода. Из 86 больных при лечении рубцовых сужений пищевода у 67 проведено ортоградное бужирование вслепую; у 8 - ретроградное форсированное бужирование пищевода, которое выполняли под внутривенным наркозом; у 11 - баллонная дилатация пищевода. При выполнении баллонной дилатации под рентгенологическим контролем через стриктуру в пищеводе проводили катетер-проводник, а затем по нему в зоне расположения стриктуры

устанавливали баллон с рентгеноконтрастными метками. С помощью специального раздувающего устройства баллон наполняется контрастным веществом до определенного давления, указанного производителем для баллона конкретного диаметра. При этом вначале визуализируется "талиа" на баллоне в области сужения, которая при успешной дилатации исчезает. Об эффективности дилатации свидетельствует свободное движение баллона в раздутом состоянии проксимальнее и дистальнее места расположения стриктуры. Время экспозиции баллона в стриктуре составляет в среднем 3-5 минут. Затем баллон десуфлируется, и конструкция извлекается из канала. При лечении стриктур пищевода проводили дилатацию до достижения просвета в 14-15 мм. Результаты и их обсуждение. При лечении 86 больных с рубцовыми сужениями пищевода методами бужирования, перфорацию органа наблюдали у 1 (1,2%) пациентов. При баллонной дилатации разрыв пищевода произошел у 3 (3,5%) пациентов. Анализ больных с повреждениями пищевода при баллонной дилатации показал, что среди них были пациенты с протяженными рубцовыми стриктурами третьей степени, протяженность которых превышала размеры рабочей части баллона. Все больные с перфорациями и разрывами пищевода были оперированы в первые часы после развития осложнений, летальных исходов не было. Выводы. 1. Основной причиной разрыва пищевода при баллонной дилатации является применение метода у пациентов с протяженными рубцовыми стриктурами пищевода, что следует считать противопоказанием для его использования. 2. Показанием для баллонной дилатации пищевода являются мембранозные стриктуры и короткие рубцовые стриктуры пищевода протяженностью до 3-4 см.

120. Оперативные доступы и технологии хирургических вмешательств на щитовидной железе: современное состояние проблемы и классификация

Вертянкин С.В., Мещеряков В.Л., Турлыкова И.А., Греков В.В., Заикин А.В., Майоров Р.В., Чупахин Н.В., Аскеров М.Р.

Саратов

ФГБОУ ВО "Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского" МЗ РФ

Современная хирургия, в том числе эндокринная, придерживается принципов минимальной инвазивности при осуществлении доступа к тому или иному органу. Поэтому на сегодняшний момент наряду с традиционными (открытыми) операциями на щитовидной железе разработаны минимально инвазивные неэндоскопические, минимально инвазивные видеоассистированные, эндоскопические и роботические техники, широко используемые в лечении тиреоидной патологии. Известно несколько классификаций минимально инвазивных вмешательств на щитовидной железе, по данным отечественной и зарубежной литературы (Duncan et al., 2006; Kazi et al., 2010; Разумовский А. Ю., 2014; Якубовский С. В. 2015), которые вносят путаницу в терминологию, смешивая объем оперативного вмешательства на щитовидной железе с методами хирургического лечения, со способами создания рабочего пространства, с вариантами визуализации. В силу отсутствия единой классификации основной проблемой является невозможность дать объективную сравнительную характеристику результатов оперативных вмешательств на щитовидной железе. При этом классификация операций на щитовидной железе с учетом объема не вызывает разногласий среди ученых (Заривчацкий М. Ф., 2006; Linos et al., 2012). Нами предлагается классификация методов хирургического лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы, включающая как открытые, так и минимально инвазивные без учета объема удаляемого органа. Все операции на щитовидной железе могут быть разделены на несколько групп по следующим классификационным признакам: способу создания рабочего пространства, способу визуализации, анатомическому доступу по отношению к щитовидной железе, используемому инструментарию, величине и количеству разрезов.

По способу создания рабочего пространства хирургические вмешательства могут быть разделены на две группы: газовые, включающие операции, выполняемые на низком и на высоком давлении, и безгазовые, которые также могут быть разделены на две группы: лифтинговые и ретракционные. Следующим параметром, используемым для классификации является способ визуализации операционной полости и анатомических структур. На основании этого параметра хирургические вмешательства были разделены на безмониторные, мониторные и комбинированные. В зависимости от анатомического доступа по отношению к щитовидной железе были выделены три группы оперативных вмешательств: прямые, не прямые и смешанные (комбинированные). Непрямые доступы в свою очередь можно разделить на цервикальные (шейные) и экстрацервикальные (внешние). В зависимости от используемого инструментария все хирургические вмешательства на щитовидной железе могут быть разделены на четыре группы. К первой группе относятся операции, для производства которых требуется «стандартный» набор хирургических инструментов для открытых операций на щитовидной железе. Вторую группу составляют вмешательства, требующие использования эндовидеохирургического инструментария. К третьей группе относятся операции, производимые с использованием роботической техники. Четвертая группа (комбинированная) оперативных вмешательств включает операции, требующие для проведения как «стандартный» набор инструментов, так и эндовидеохирургический инструментарий. Кроме того, в зависимости от величины кожного разреза можно разделить хирургические вмешательства на троакарные и бестроакарные. Троакарные вмешательства могут быть разделены на трех- и четырехтроакарные. В свою очередь бестроакарные, а именно, открытые, операции на щитовидной железе также можно разделить на оперативные вмешательства, осуществляемые с помощью линейного разреза и с помощью разреза неправильной формы. По количеству кожных разрезов бестроакарные способы могут быть разделены на единичные и множественные. Предложенная универсальная классификация позволяет сгруппировать оперативные вмешательства на щитовидной железе на основании схожих классификационных критериев. За счет этого становится возможным проводить объективный сравнительный анализ результатов лечения после «схожих» операций.

121. Оценка риска несостоятельности первичного межкишечного анастомоза у больных пожилого и старческого возраста при кишечной непроходимости опухолевой этиологии

Максимова К.И., Засорин А.А.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, НУЗ Дорожная
больница на ст.Свердловск-Пассажирский ОАО
РЖД

Актуальность проблемы. Неуклонный рост впервые выявленного рака колоректальной области (абсолютного числа) среди пациентов пожилого и старческого возраста (средний возраст пациентов 65+3 лет), необходимость оперативного лечения при развивающихся осложнениях, а также наличие сопутствующей патологии у данной категории больных диктует актуальность вопроса выбора объема оперативного вмешательства у данной группы пациентов. Не менее 66,3% больных доставляются в стационар позже 24 часов от начала заболевания, что обуславливает тяжесть их состояния. 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]. В связи с этим среди вопросов современной хирургии особое место занимает прогнозирование состоятельности межкишечного анастомоза с использованием современных методов инструментальной диагностики. Отягощенность сопутствующей патологией среди пациентов пожилого и старческого возраста с колоректальным раком приближается к 100%, что в свою очередь также влияет на состоятельность межкишечного анастомоза. Целью данного исследования является увеличение доли больных пожилого и старческого возраста с радикальными оперативными вмешательствами и уменьшение процента осложнений при данных операциях. Материалы и методы. В НУЗ Дорожная больница на станции Свердловск-Пассажирский ОАО РЖД в период с 2012 по 2017 год находилось на лечении 99 пациентов пожилого и старческого возраста с диагнозом колоректальный рак. Все больные были госпитализированы в неотложном порядке с явлениями кишечной непроходимости на стадии субкомпенсации. Возраст поступивших пациентов колебался от 60 до 88 лет. Средний возраст больных составил 72,6 года. Из поступивших 99 больных все были оперированы: 82 больным (82,82%) были

выполнены радикальные операции, 16 (16,16%) - паллиативные, эксплоративные вмешательства - 1 пациенту 1,01%). В раннем послеоперационном периоде у 3 больных (3,03%) выявлена несостоятельность первичного межкишечного анастомоза, по поводу чего выполнялась релапаротомия, разобщение межкишечного анастомоза с последующими санациями брюшной полости. После операции умерло 2 больных и летальность составила 2,02%. Одним из направлений для достижения увеличения доли больных пожилого и старческого возраста с радикальными оперативными вмешательствами и уменьшения процента осложнений при данных операциях на базе хирургического отделения НУЗ Дорожная больница на станции Свердловск-Пассажирский является дооперационная оценка достаточности кровоснабжения предполагаемой зоны межкишечного анастомоза на основании данных КТ-ангиографии в сочетании с интраоперационной лазерной доплеровской флуометрией. Наиболее часто встречающейся патологией в структуре фоновых заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста является облитерирующий атеросклероз (заболеваемость у лиц, старше 60 лет, составляет более 60 %). Данная патология является причиной формирования такого заболевания, как хроническая абдоминальная ишемия (ХАИ). В условиях неотложной хирургии при необходимости выполнения резекции участка кишки, недостаточность кровоснабжения предполагаемой зоны анастомоза может привести к развитию к его несостоятельности. По данным Михайлова А.П. и соавторов количество паллиативных вмешательств (выведение колостомы) остается стабильно высоким в группе пациентов пожилого и старческого возраста и достигает 48%, в то время как количество паллиативных операций среди остальных пациентов постоянно снижается и настоящий момент составляет 25% от всех оперативных вмешательств, произведенных по поводу колоректального рака. Все пациенты в анамнезе имели 1 или более клинический признак наличия ХАИ (боль в животе после приема пищи, отрыжка после еды, вздутие живота после еды, запоры, сменяющиеся диареей). Исследование включает больных с острой толстокишечной непроходимостью на стадии субкомпенсации с выполненной резекцией участка кишки. В результате оценки данных на сегодняшний день было выявлено, что наличие минимальных клинических данных ХАИ при подтвержденном стенозе брыжеечных артерий более 50% не является основанием для формирования

первичного анастомоза в связи с высоким риском его несостоятельности (несостоятельность толстостолосткишечного анастомоза в группе исследования при подтвержденном КТ-ангиографией стенозе нижней брыжеечной артерии до 60%). Формирование стомы в группе исследования основывается на высоком риске несостоятельности анастомоза (стеноз брыжеечных артерий более 50% в сочетании с клиническими признаками ХАИ). Вывод. На основании полученных данных мы пришли к выводу, что сочетание методов КТ-ангиографии и ЛДФ с целью оценки кровоснабжения предполагаемой зоны формирования межкишечного анастомоза позволяет спрогнозировать риск несостоятельности данного анастомоза у пациентов пожилого и старческого возраста при субкомпенсированной кишечной непроходимости на фоне колоректального рака.

122. История хирургического лечения хиатальных грыж

*Ахматов А.М., Василевский Д.И., Тарбаев И.С.,
Лапшин А.С., Корольков А.Ю.*

Санкт - Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет им.
акад. И.П. Павлова»

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относятся к самым частым вариантам нарушения висцеральной анатомии. История развития знаний о данной проблеме берет свое начало из работ выдающихся европейских врачей эпохи Ренессанса. Описание грыж диафрагмы встречаются в трудах Ambrose Pare (1579 г), Riverius Lasari (1689 г), Giovanni Battista Morgagni (1761 г), Vincent Bochdalek (1848 г). Клинические проявления “внутригрудного расположения желудка” были изложены в 1819 году выдающимся французским врачом Rene Laenec в трактате по аускультации. До конца XIX века – времени открытия X-лучей немецким физиком Wilhelm Röntgen, выявление данной патологии представляло исключительные трудности. Впервые дислокацию желудка в грудную клетку с помощью рентгеновского излучения выявил в 1904 году Hans

Eppinger. В 1926 году шведский врач Ake Akerlund ввел понятие “хиатальная грыжа”. Однако вплоть до середины XX века грыжи пищеводного отверстия диафрагмы рассматривались в качестве, представлявшего скорее описательный интерес. Первое оперативное вмешательство по поводу хиатальной грыжи было выполнено американским хирургом Angello Soresi в 1919 году. В 1928 году его соотечественник хирург Stuart Harrington сообщил о 27 вмешательствах подобного типа. Однако опыт пионеров данного направления хирургии почти на три десятилетия остался не востребуемым. Возрождение интереса к проблеме началось лишь после окончания Второй мировой войны. В 50-е годы были разработаны способы хирургического лечения диафрагмальных грыж, ставшие прообразами современных методик. Распространение получили операции, разработанные американскими хирургами Richard Sweet, Ronald Belsey, европейскими клиницистами Philip Allison, Jean Luis Lortat-Jacob, Ite Boerema, и некоторые другие. В этот же отрезок времени стала окончательно понятна взаимосвязь между хиатальными грыжами, и гастро-эзофагеальным рефлюксом. Идея хирургического восстановления естественной висцеральной анатомии получила новый вектор концептуального развития. В течение последующего десятилетия были предложены методики устранения хиатальных грыж с обязательным антирефлюксным компонентом. Наиболее эффективными вариантами хирургических вмешательств, прошедшими проверку временем и применяемыми в настоящее время, стали операции, разработанные Rudolph Nissen, Mario Rossetti, Jacques Dor, Andre Toupet, Lucius Hill и другие. С середины 50-х годов благодаря работам Б.В. Петровского и Н.Н. Каншина новое направление хирургии получило развитие и в нашей стране. С середины 60-х годов XX века стала очевидна важная проблема данного направления хирургии: высокая частота рецидива хиатальных грыж. Для повышения надежности операций были разработаны методики гастропликации, укрепления пищеводного отверстия диафрагмы круглой связкой печени и другие. Однако широкого распространения в связи с недостаточной результативностью или возникавшими побочными эффектами данные операции не получили. В 70-е годы продолжился поиск путей повышения эффективности и безопасности хирургического лечения хиатальных грыж. В нашей стране различные вопросы проблемы с успехом развивались А.Ф. Черноусовым, М.П. Гвоздевым, А.А. Шалимовым, В.В. Уткиным, В.М. Эфендиевым. С начала 80-х годов для снижения частоты

повторного смещения желудка в грудную полость стали применяться протезирующие материалы. Новый этап развития хирургии хиатальных грыж начался с 90-х годов XX века – эпохи внедрения в клиническую практику лапароскопических технологий. Первая операция была выполнена в 1991 году бельгийским хирургом Bernard Dallemagen. В течение короткого отрезка времени к эндовидеохирургии были адаптированы практически все способы лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Пионерами нового направления в нашей стране стали В.Д. Федоров, В.А. Кубышкин, С.И. Емельянов, В.Н. Егиев, О.Э. Луцевич, Э.А. Галлямов, Е.И. Сигал, О.В. Галимов, К.В. Пучков, В.В. Анищенко, В.И. Оскретков и другие отечественные хирурги. Таковы, в общих чертах, основные этапы истории данного направления медицины.

123. Одноэтапное лечение осложненной желчнокаменной болезни и интраоперационная антеградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия

*Алексеев Н.А. (1), Баранов А.И. (2),
Снигирев А.Ю. (1), Снигирев Ю.В. (1,2)*

Новокузнецк

1. ГБУЗ КО "НГКБ №5" 2. НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Общеизвестным при холецистохоледохолитиазе является 2-х этапное лечение, когда на первом этапе выполняется ретроградная эндоскопическая коррекция патологии желчных протоков. Выполнение дооперационных ретроградных вмешательств (РПХГ) выявляет патологию желчных протоков не более чем в 50% случаев. Одноэтапное малоинвазивное лечение осложненной ЖКБ является наиболее перспективным, хотя оно и имеет свои ограничения. Цель. Основанием для разработки одноэтапного лечения послужили: 1. Сложность и длительность многоэтапного лечения. 2. Необходимость устранения патологии желчных путей выявленной во время интраоперационной ревизии. 3. Высокий риск развития осложнений при дооперационных

ретроградных манипуляциях. 4. Снижение психоэмоциональной нагрузки у пациентов при одноэтапном лечении. Материалы и методы. Всего с 1996 года по 2016 год ИАЭПСТ была выполнена у 1957 пациентов. При лапароскопическом доступе у 1691 пациента; минилапаротомном доступе у 101 пациента; при лапаротомном доступе у 165 пациента. При плановых операциях: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в сочетании с ИАЭПСТ выполнены у 1210 пациентов; из мини-доступа у 53 пациентов; из лапаротомного доступа – у 92. В ургентной ситуации: ЛХЭ с ИАЭПСТ выполнена у 481 пациента; мини-доступ с ИАЭПСТ у 48 пациентов; лапаротомный доступ и ИАЭПСТ у 73 пациентов. Показания к ИАЭПСТ при одноэтапной тактике лечения определялись на основании следующих критериев: наличие доступа к БСДПК и возможность выполнения ЭПСТ; возможность доступа лапароскопического, минилапаротомии; операционный риск по шкале по ASA; отсутствие обструкции желчных протоков, БСДПК; отсутствие гнойного холангита; возможность устранения холедохолитиаза эндоскопически. Абсолютные противопоказания к ИАЭПСТ: отсутствие доступа к БСДПК; полный блок желчного протока; продолженный стеноз дистальной части холедоха. Патология желчных протоков, при которой выполнялась ИАЭПСТ: холедохолитиаз – 25,9% (507 пациентов); стеноз БСДПК – 9,8% (191 пациент); сочетание холедохолитиаза и стеноза БСДПК – 64,3% (1259 пациентов). При парапапиллярном дивертикуле выполнена 131 пациенту (6,7%). Трудности интраоперационных транспапиллярных вмешательств: 1. Множественный холедохолитиаз, требующий многократных трудоемких экстракций конкрементов (n=567), операция заканчивалась установкой транспапиллярного стента (n=88) или дренажа холедоха (n=40). Повторное ретроградное транспапиллярное вмешательство в послеоперационном периоде выполнено 71 пациенту. Санация успешна. 2. При диаметре общего желчного протока более 12 мм имели место крупные конкременты, требующие дополнительных транспапиллярных вмешательств в виде литотрипсии, выполнение которых интраоперационно сложно из-за положения пациента на спине и требует динамического рентгенконтроля (n=84). Так же возникает необходимость повторных вмешательств (n – 52). Вмешательства успешны во всех случаях) Осложнения (специфические): острый панкреатит – у 5 пациентов (0,25%). (четыре случая купированы консервативно); транзиторное повышение амилазы крови без клинических проявлений – у 32 пациентов (1,63%); кровотечение из БСДПК – у 1 пациента

(0,05%); ущемление корзинки – 1 пациент (0,05%). Летальность составила 3 случая (0,15%), во всех случаях не связана с выполнением ИАЭПСТ. Выводы: применение ИАЭПСТ позволяет снизить специфические осложнения ретроградной ЭПСТ, что особенно важно, когда по данным дооперационного обследования нет убедительных признаков патологии желчных протоков. Возможность применения данного метода ограничена только наличием блока холедоха и невозможностью доступа к БСДПК. В экстренной ситуации, когда деструктивные формы острого холецистита сочетаются с патологией желчного протока, применение ИАЭПСТ, позволяет выполнить коррекцию патологии без вскрытия ДПК и желчного протока одноэтапно, либо обеспечив доступ к последующим эндоскопическим вмешательствам.

124. Частные вопросы лечебной тактики у пациентов с острой кишечной непроходимостью

*Кочергаев О.В.(1,2), Копалин А.А.(2),
Котькин В.А.(2), Джарар Р.М.(2),
Кожевников А.А.(2)
1) СамГМУ,
2) СГКБ №2 имени Н.А. Семашко*

Самара

ФГБОУ ВО Самарский государственный
медицинский университет Минздрава России. ГБУЗ
СО "Самарская городская клиническая больница
№2 имени Н.А. Семашко"

Актуальность. В структуре хирургических заболеваний острая кишечная непроходимость (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% (Чернов В.Н, Мареев Д.В., 2010, Рябов М.Г. и соавт. 2013; Кригер А.Г., 2017). Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с кишечной непроходимостью на основе внедрения рациональной хирургической тактики. Материалы и методы лечения. В работе приведены результаты лечения 929 больных с острой кишечной

непроходимостью, находившихся на лечении в стационаре в период с 2010 по 2017 гг. С целью проведения корректного сравнительного анализа сформированы две группы: основная и группа сравнения. В группу сравнения включены больные, которые лечились в период с 2010 по 2014 год. Основную группу составили пациенты у которых применялась разработанная нами тактика. В каждой из них (групп сравнения) пациенты были разделены на подгруппы группы: 1. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии (246 пациентов); 2. Неопухолевая кишечная непроходимость (215 человек). Средний возраст составил 69,2 года. Преобладали женщины (67%). В диагностике в основной группе активно использовали современные лучевые технологии: спиральную компьютерную томографию, цифровую рентгенографию, ультразвуковое сканирование брюшной полости. Спиральная компьютерная томография выполнена (СКТ) у 224 больных. Широкое применение СКТ явилось по своей сути инновационным в диагностике кишечной непроходимости и способствовало улучшению качества лучевой диагностики. Результаты работы. В предложенной тактике лечения особое значение уделялось консервативной терапии. Именно от ее рационального применения свыше 50% пациентов (465 человек), поступивших с острой кишечной непроходимостью удалось пролечить без оперативного лечения. А у 462 больных проведено оперативное вмешательство. В лечении пациентов основной группы применяли усовершенствованную лечебную тактику. Она включала: 1. при вероятности странгуляции кишечника выполнялось неотложное оперативное вмешательство; 2. наличие признаков перитонита являлось абсолютным показанием к срочной операции с предварительной инфузионной терапией и подготовкой пациента; 3. назогастроинтестинальная интубация кишечника осуществлялась при декомпенсированной кишечной непроходимости; 4. при обтурационном характере (опухоль) выполнялась обструктивная резекция ободочной кишки с формированием колостомы; 5. при наличии некроза кишки или участков с сомнительной жизнеспособностью производилась резекция с выполнением: анастомоза, энтеростомы, колостомы; 6. опухоль (в зависимости от тяжести состояния) удалялась максимально радикально с уровнем диссекции D2; 7. реконструктивную операцию у больных с еюностомой следует планировать в зависимости от состояния пациента (в среднем 4-7 дней); 8. обширную резекцию тонкой кишки предпочтительно завершать наложением

анастомоза. Использование СКТ для диагностики острой кишечной непроходимости позволило в минимальные сроки проводить дифференциальную диагностику. Сроки принятия решения об оперативном лечении уменьшились на 6-10ч (в национальных клинических рекомендациях РОХ - 12ч). В группе в основной группе больных летальность составила 17,1%, в группе сравнения 26,2%. В ее основе лежала тяжелая соматическая патология, диссеминированный опухолевый процесс, пожилой возраст. Выводы. Применение современной цифровой лучевой диагностики и рациональной хирургической тактики позволило дифференцированно подходить к лечению каждого пациента и улучшить результаты лечения. Летальность в основной группе уменьшилась на 9,1%.

125. Сравнение наружного и внутреннего стентирования гепатикоюноанастомоза при ПДР

Атавов Р.С. (1,2), Ионин В.П. (1), Авдеев Д.Е. (2), Зотов П.Б. (2)

Ханты - Мансийск, 2) Тюмень

1) БУ ВО Ханты - Мансийская государственная медицинская академия, 2) ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. Практически всегда, у пациентов, которым формируется билиодигестивный анастомоз, имеется исходная билиарная гипертензия. Но даже если билиарная гипертензия отсутствует, гепатикохоледох будет тонкостенным, что повышает риск подтекания желчи по ходу швов, через сквозные проколы стенки. Наружный трансанастомозный дренаж снимает проблемы, связанные с повышением давления в билиарной системе, выполняя ее декомпрессию. Он выгодно отличается от других способов наружного билиарного дренирования тем, что после его удаления не остается дефекта в стенке желчного протока. Вероятность развития несостоятельности гепатикоюноанастомозов ниже при декомпрессии билиарной системы. В случае развития этого осложнения, вероятность самостоятельного «заживления» дефекта стенки анастомоза, сформированного на наружном дренаже,

существенно повышается, а объем изливающейся в брюшную полость желчи – минимален. Цель. Сравнить частоту послеоперационных осложнений при формировании гепатикоюноанастомоза при внутреннем ("потерянном дренаже") и наружном стентировании (наружном трансанастомозном дренаже). Материалы и методы. Работа основана на наблюдении за 122 больными со злокачественными опухолями билиопанкреатодуоденальной области. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с формированием гепатикоюноанастомоза была выполнена 122 больным с опухолями панкреатодуоденальной зоны, блокирующими билиарную систему на дистальном уровне. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с формированием гепатикоюноанастомоза была выполнена 122 больным с опухолями панкреатодуоденальной зоны, блокирующими билиарную систему на дистальном уровне. Все эти пациенты разделены на группу исследования и сравнения. Группа исследования составила 83 пациента (68%), которым была произведена ПДР с наружным трансанастомозным дренированием ГЕА. В группе сравнения, у 39 (32%) больных, производилась ПДР с дренированием ГЕА «потерянным» дренажем Вильмса – Дювала – Смирнова. Результаты и обсуждение. 1. Отмечается достоверное снижение частоты несостоятельности ГЕА при наружном трансанастомозном дренировании по сравнению с внутренним стентированием ГЕА ($p < 0,007$). 2. При формировании ГЕА на «потерянном дренаже» в 7,69 % случаев несостоятельность ГЕА достоверно приводила к развитию перитонита ($p < 0,01$), в то время как при формировании ГЕА на наружном трансанастомозном дренаже этого не наблюдалось. 3. Послеоперационная летальность, связанная с данным осложнением, статистически достоверно снизилась: в группе исследования – 0%, в группе сравнения – 5,13% ($p < 0,038$). Выводы: Дренирование гепатикохоледоха наружным нисходящим трансанастомозным дренажем позволяет уменьшить частоту несостоятельности данных анастомозов и снизить тяжесть протекание этого осложнения.

126. Поиск новых путей хирургического лечения ГПОД и ГЭРБ*Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулина О.А.,
Стешкина И.В., Баулин В.А., Баулина Е.А.*

Пенза

ПИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России, КДЦ «Медиклиник»

Введение. Известны десятки модификаций операций при ГПОД и ГЭРБ. Почему же предлагаются новые? Материалы и методы. Проведён анализ тенденций в ведущих клинических центрах, сравнены результаты операций в различных модификациях. Приведены собственные данные оперированных 476 больных по трём критериям: клиническим, эндоскопическим и рентгенологическим. По оригинальной методике оперировано 296 пациентов, в возрасте от 22 до 78 лет (средний возраст 54,6), мужчин 101, женщин 195. Через 1 месяц обследованы 97,3% больных, через год и более – 88,2%. Для статистической обработки применялась программа «STATISTICA 6.0» и Microsoft Office Excel 2007. Полученные результаты и обсуждение. По данным профессора Е.К.Баранской при оценке результатов 3145 оперированных по Ниссен 60% пациентов сохраняют морбидность, у которых симптомы или не исчезли, или персистируют, или возобновились через какое-то время (дискомфорт, изжога, боли, дисфагия, забросы в пищевод и др.), или появились новые (диарея, вздутие, гастропарез, усугубление дисфагии, ахалазия и др.). В тоже время методика не оставлена ни в РФ, ни за рубежом. Российские и мировые школы проводят операции по 6-7 методикам, приводят близкие по результатам достоверные данные, а к одному мнению не приходят. Профессор Б.Даллеман пропагандирует методику флорпи-Ниссен, хотя европейские хирурги предпочитают оперировать по Тупе в 270 градусов. Клиника Мейо усиленно пропагандирует магнитный браслет, применяемый уже более чем в 150 клиниках мира. Заявляют о себе так называемые внутрисветовые методики (Стретта, Мусе-система и др.). С позиции выполнения операций всё начинается с очень травматичного этапа и заканчивается тем же, различие только в создании манжетки. Кроме проблем с крурорафией и манжеткой присоединяются проблемы с травматизацией вагусов. И как утверждают гастроэнтерологи и хирурги, что следует из анализа современной литературы - операция при ГПОД -

очень "хирурго-зависимая". Из дискуссии по национальным клиническим рекомендациям: «По мнению многих ведущих специалистов оперативное вмешательство является наиболее эффективным методом лечения осложненного рефлюкс-эзофагита. Наряду с этим, неуклонно растёт количество больных с неудовлетворительными результатами антирефлюксных операций на кардии». «Разные исследователи на достаточно большом материале дают достоверно разные результаты и значения рецидивов». Если всё достоверно, то почему же идёт поиск хирургических методов? Почему в мире после операции при всех методах много пациентов довольных и много недовольных? Поэтому и для самого, пожалуй, опытного и авторитетного хирурга в мире с опытом более 4000 операций профессора Б.Даллемана не всё устоявшееся, и в своём резюме он подчеркивает необходимость кроме других важных проблем - «поиск новых хирургических концепций». Отсюда ранее доложенная наша методика выглядит как альтернатива, поскольку она совершенно не приносит тех нарушений и последствий, характерных для предыдущих, связанных с травматизацией. Отдалённо обследованы 261 пациент, клинически довольны и оценивают: отлично - 46,3%, хорошо - 38,7%, удовлетворительно - 13,1%, плохо - 1,5%, хуже, чем было - 0,4%. Реоперированы - 4,4% (по поводу миграции ленты и не выявленной ранее другой патологии). Эндоскопически отличных результатов - 58,9%, хороших - 24,5%, удовлетворительных - 11,3%, неудовлетворительных - 5,3% (там, где миграция и не совпадает с оценкой больных, которая противоположна); рентгенологически рефлюкс с невыраженными клиническими проявлениями отмечен только у 10,3%. Наша методика эффективна и после общепринятых методов, когда ведущим дефектом является рецидив недостаточности кардии. Данные статистически достоверны ($p < 0,05$). Заключение. Поиск оптимальной стандартной операции при ГПОД-ГЭРБ не завершён. В ведущих клинических центрах нужно продолжать работу по отработанной методике, вести поиск путей улучшения результатов, в том числе, путём применения предлагаемых новых подходов.

127. Развитие эндохирургии на примере городской больницы

*Баулин А.А., Николашин В.А., Беребицкий С.С.,
Черняева Г.В., Баулина Е.А., Николашин О.А.,
Шокаров Г.К., Середин С.А., Надеждин И.А.,
Шиндин А.А., Федин А.В.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
им.проф.Н.А.Баулина, ГКБ им.Захарьина

Введение. Развитие эндохирургии неравномерное и во многом зависит от организаторов здравоохранения, финансирования, наличия и энтузиазма специалистов. Материалы и методы. Представлен анализ развития эндохирургии в 1200-коечной больнице. Результаты. Лапароскопическая диагностика внедрилась в 1982 году с преодолением косности и недоверия на первых порах, но уже через два года работы стало понятно, что этот метод очень важен особенно в многопрофильном стационаре. Число исследований за год приблизилось к ста. Когда «тихий бойкот» стал тормозом, особенно для экстренной службы, был решён организационный вопрос - усилена хирургическая бригада хирургом-лапароскопистом с возложением обязанностей выполнения плановых лапароскопий. Число лапароскопий превысило сотню, метод стали осваивать все хирурги региона. Значительно улучшилась дифференциальная диагностика, стали внедряться небольшие операции в виде санаций, биопсии, программированные лапароскопии, в том числе с оставлением порта. Значительно сократилось число эксплоративных лапаротомий и лапаротомий при травмах живота, когда повреждений не обнаруживали, в разы сократилось число аппендэктомий при «катаральных» формах. К сожалению, как и везде, главенствовало представление о хирурге по разрезу, и не было тех информационных возможностей, что имеются сегодня. Пришла видеотехнология, благодаря усилиям ВНЦХ(РНЦХ), института им.Вишневского, казанской школы о методе заговорили громко, но это были годы полной экономической разрухи здравоохранения на местах. Уже сообщалось о первых операциях в России, и мы с завистью наблюдали за «пенетрацией» эндохирургических технологий. В конце 1993 года были завезены 2 видеостойки для Областной больницы и нашей, а в начале 1994 проведены первые операции в хирургии и гинекологии. К концу года число только

лапароскопических холецистэктомий достигло сотни. Пошла постепенная подготовка хирургов и гинекологов. Из операционной радиокабель протянут в кабинет, тогда мы ещё и не знали, что это носит вполне конкретное название – модерация. Ввиду принятой установки в клинике, что работать не столько по показаниям к лапароскопической операции, а исходя только из возможности применения метода, число операций в больнице достигло 2 тысяч. Сразу же мы стали выполнять Лх при остром холецистите, хотя в журнальных статьях было указано, что противопоказано. Число наименований операций доведено до 70. Именно хирургами стали впервые выполняться традиционно урологические операции, к которым урологи в области пришли лишь через 20 лет. Гинекологи довели до 80% своих вмешательств только эндоскопическим способом. Больница стала постепенно приобретать инструментарий и стойки. С 2003 года травматологи освоили артроскопические операции, и стали выполнять до 300 операций в год, в том числе и на плечевом суставе. В связи с открытием урологического отделения внедрена четвёртая стойка, урологи, кроме своих внутрипросветных операций, стали широко использовать доступ внутрибрюшной взамен забрюшинному, число операций достигло тысячи. Благодатной почвой для эндоскопической технологии стада ЛОР-патология, поэтому за последние три года возросло не только количество операций в отделении в целом, но и выросла замена на эндоскопическую технологию. За 2017 год всего в отделении выполнены 1122 операции, из которых 869 эндоскопически(77,5%), включая вмешательства не только на пазухах, но и среднем ухе, и коррекции носовой перегородки, что казалось бы вообще в стороне от такой технологии. Кроме этого, эндоскописты вносят свою лепту, проводя ежегодно до 800 операций, включая до 200 ЭПСТ. Таким образом, на пяти хирургических стойках и эндоскопистами в больнице за 20017 год выполнено 7046 операций, что существенно сказалось на росте квалификации врачей и на показателях хирургической работы. Число наименований операций превысило сотню, а осложнения остаются на уровне 0,7-1,0% и летальность менее 0.01%. Заключение: при желании даже в периферийной больнице можно внедрять и развивать эндохирургические методы.

128. Роль коррекции синдрома энтеральной недостаточности в реализации принципа source control при распространенном гнойном перитоните и абдоминальном сепсисе

*Белик Б.М. (1), Мареев Д.В. (2), Ефанов С.Ю. (1),
Осканян М.А. (1), Суярко В.А. (1,2), Маслов А.И. (1),
Сапрылиев А.Р. (1)*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Синдром энтеральной недостаточности (СЭН) играет ключевую роль в патогенезе и прогнозе эволюции распространенного гнойного перитонита (РГП). При этом кишечный тракт становится первой мишенью в структуре органических дисфункций при РГП и главным пусковым механизмом развития абдоминального сепсиса (АС), септического шока и полиорганной недостаточности. В этом случае одним из путей реализации принципа source control при РГП является полная ликвидация патоморфологического субстрата источника, способного создавать почву для абдоминального инфекционного процесса и поддерживать его в виде персистирующей или рецидивирующей (оппортунистической) инфекции. Цель работы: оценить роль и клиническую значимость комплексной коррекции СЭН в реализации принципа source control в лечении больных с РГП и АС. Материал и методы. Проспективное исследование включает 77 пациентов с РГП, у которых имелись признаки АС. Диагностика АС основывалась на наличии у больных следующих критериев: верифицированный внутрибрюшной источник инфекции; СЭН (стойкий парез кишечника в течение 48-72 часов или более); функциональная недостаточность как минимум одной или более из трех органических систем экстраабдоминальной локализации (сердечно-сосудистой, почечной, дыхательной) в течение 24-48 часов и более, оцененная по шкале SOFA > 2 баллов. У этой категории больных Мангеймский индекс перитонита (МИП) составил 28,6±3,2 баллов. У всех пациентов производили устранение источника перитонита, санацию брюшной полости, назоинтестинальную интубацию тонкой кишки (НИИТК) и трансумбиликальную катетеризацию воротной вены. В послеоперационном периоде

лечебная программа, направленная на разрешение СЭН, включала следующие мероприятия: зондовую декомпрессию тонкой кишки, энтеральную лаваж по кишечному зонду, энтеросорбцию, внутривенную инфузионную терапию (ВПИТ) с использованием озоннасыщенных растворов, продленную эпидуральную блокаду и медикаментозную стимуляцию кишечной перистальтики препаратом динатон (серотонина адипинат) (внутривенно капельно до 40-60 мг/сутки). Программа исследований включала: оценку тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II, расчет прогностического индекса релапаротомий (ПИР) по методике J.F.Pisajo и соавт., измерение внутрибрюшного давления (ВБД) по методу I.Kr?n и соавт., определение в перитонеальном экссудате и периферической крови концентрации микробных маркеров (хромато масс-спектрометрия), а также содержания в сыворотке крови эндогенного серотонина (высокоэффективная жидкостная хроматография). Контрольную группу составили 119 больных с РГП, которые были сопоставимы по тяжести течения абдоминальной инфекции с пациентами основной группы (МИП - 27,9±5,7 баллов). У этих больных в отличие от пациентов основной группы программа комплексной коррекции СЭН по различным причинам осуществлялась в недостаточном объеме. Проведен сравнительный анализ результатов лечения в обеих группах больных. Результаты и обсуждение. У пациентов основной группы в 1-е сутки после операции на фоне стойкой дисфункции кишечника исходная тяжесть состояния по шкале APACHE II составила 18,9±2,6 баллов. У всех пациентов выявлялась системная бактериемия с преобладанием в крови грамотрицательных, в том числе и анаэробных микроорганизмов. При этом у больных концентрация эндотоксина в перитонеальном экссудате в 8,4 раза (4,2±1,8 нмоль/мл), а в периферической крови в 3,4 раза (1,71±0,22 нмоль/мл) превышала нормальные значения. У этих больных наблюдались внутрибрюшная гипертензия (ВБД - 18,9±1,7 мм рт. ст.) и снижение уровня эндогенного серотонина в крови в 2,7 раза по сравнению с нормой. Применение методов активной энтеральной детоксикации в комплексе с ВПИТ и внутривенной инфузией серотонина адипината в 92,2% наблюдений приводило к раннему восстановлению двигательной активности кишечника и ликвидации проявлений СЭН к концу 3-х - началу 4-х суток после операции. Частота выявления системной бактериемии у пациентов снижалась до 8,3%, а на 5-е сутки после операции микрофлора в системном кровотоке не определялась. В эти сроки у пациентов

основной группы наблюдались уменьшение интраабдоминальной гипертензии и регресс эндотоксикоза: по сравнению с исходными значениями ВБД снижалось на 39,9%, концентрация эндотоксина в перитонеальном экссудате уменьшалась в 3,5 раза, а в периферической крови - до нормальных величин ($0,35 \pm 0,12$ нмоль/мл). Также у больных отмечалось повышение в сыворотке крови содержания серотонина в 3,6 раза по сравнению с исходной величиной, что указывало на восстановление секреторной активности APUD-системы тонкой кишки и устранение серотониновой недостаточности. У этих пациентов тяжесть состояния по шкале APACHE II снижалась до $9,8 \pm 0,2$ баллов, а ПИР не превышал $8,1 \pm 1,2$ баллов. Из 77 больных лишь в 2 (2,6%) наблюдениях выполнялась релапаротомия «по требованию» в связи с развитием интраабдоминальных воспалительных осложнений. Послеоперационная летальность в основной группе больных составила 36,4% (умерли 28 больных). В контрольной группе из 119 пациентов у 32 (26,9%) наблюдался стойкий послеоперационный парез кишечника, не поддающийся консервативной терапии. При этом у больных контрольной группы ПИР составил $11,3 \pm 2,4$ баллов, что потребовало в 11 (9,2%) случаях выполнения релапаротомии. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 43,7% (умерли 52 больных). Сравнительный анализ результатов лечения в обеих группах больных показал, что применение комплексной коррекции СЭН у пациентов с РГП и АС позволяет уменьшить число релапаротомий «по требованию» на 6,6% и снизить послеоперационную летальность на 7,3%. Выводы. Одним из направлений реализации принципа source control у пациентов с РГП и абдоминальным сепсисом является комплексная коррекция СЭН, которая способствует раннему восстановлению двигательной активности и барьерной функции кишечника, устранению транслокации микроорганизмов и токсинов из просвета кишки и реинфицирования брюшной полости, ликвидации бактериемии и токсемии, быстрому регрессу внутрибрюшной гипертензии и органных дисфункций, что позволяет уменьшить число релапаротомий «по требованию» и снизить послеоперационную летальность на 7,3%.

129. Сравнительный анализ лапароскопической и лапаротомной холедохолитотомии

*Тарасенко С.В. (1-2), Зайцев О.В. (1-2),
Тюленев Д.О. (1-2), Копейкин А.А. (1-2),
Кузнецова А.С. (2)*

Рязань

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

Актуальность. Сегодня более 90% холецистэктомий выполняются лапароскопическим доступом. Одним из факторов, ограничивающих возможности лапароскопической хирургии при остром или хроническом холецистите является холедохолитиаз, который обнаруживают у 10-35% пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью. Это обстоятельство часто является главной причиной отказа от лапароскопических вмешательств в пользу лапаротомных операций. Выбор оптимальной хирургической тактики и техники вмешательства при холедохолитиазе сегодня является предметом дискуссий. Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, путем внедрения и совершенствования лапароскопических технологий. Материалы и методы. С 2012 по 2017 год было прооперировано 97 пациентов, с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, по ряду причин не устраненным до операции. Основная группа (n=47) – пациенты, прооперированные лапароскопическим доступом, контрольная (n=50) – лапаротомным. Все вмешательства выполнялись стандартно, исследуемые группы статистически значимо не различались. В основной группе выполнялась супрадуоденальная холедохототомия. Литэкстракция состояла из ряда манипуляций. Часть конкрементов удавалось извлечь инструментальной пальпацией, мелкие конкременты путем лаважа общего желчного протока. В 29 случаях проводилась холедохоскопия с литэкстракцией. После восстановления проходимости терминального отдела холедоха выполнялась холедохорафия с дренированием по Холстеду, либо холедоходуоденостомия. В контрольной группе выполнялась холедохолитотомия из лапаротомного доступа. Результаты. В основной группе продолжительность операции составила $101,26 \pm 19,82$ мин, в контрольной – $96,8 \pm 14,26$ мин. Уровень боли, оцениваемый по шкале ВАШ, через 6 часов после

операции в основной группе составил $2,51 \pm 2,13$, в контрольной – $5,46 \pm 2,98$ ($p < 0,001$). Через 24 часа уровень боли в основной группе снизился до $1,71 \pm 1,59$, в контрольной до $3,04 \pm 1,85$ ($p < 0,05$). Только 2 пациентам в основной группе потребовалось назначение наркотических анальгетиков, в контрольной – 41 пациенту. В первые сутки доза наркотического анальгетика, выраженная в пересчете на морфин на одного пациента составила $0,45 \pm 0,93$ мг в основной группе и $8,11 \pm 4,62$ мг ($p < 0,001$) в контрольной. Легкие послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo наблюдались у 17 пациентов основной группы (36,2%) и у 24 контрольной (48,0%), и купировались самостоятельно, либо после кратковременной терапии. Осложнения II степени, потребовавшие перорального назначения антибиотиков, имелись только у 3 больных контрольной группы. У одного пациента после лапароскопической холедохолитотомии с формированием холедоходуоденоанастомоза, диагностирован подпеченочный абсцесс, разрешенный путем дренирования под УЗ-контролем. В каждой из сравниваемых групп отмечено по 1 случаю несостоятельности холедоходуоденоанастомоза, потребовавших повторного хирургического вмешательства, завершившегося благополучно. Выводы. Холедохолитотомия выполненная лапароскопическим доступом по эффективности не уступает лапаротомной холедохолитотомии и не приводит к увеличению длительности операции. Лапароскопические вмешательства на желчевыводящих протоках позволяют достоверно снизить выраженность послеоперационного болевого синдрома. Частота ранних послеоперационных осложнений после лапароскопической холедохолитотомии меньше частоты осложнений после операций, выполненных лапаротомным доступом.

130. Применение перманентного коллагена и биологического клея при дуоденальных свищах в эксперименте

*Иштуков Р.Р.(1,2), Нартайлаков М.А.(1,2),
Пантелеев В.С.(1,2), Погорелова М.П.(2)*

Уфа

ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет Минздрава России (1)
Республиканская клиническая больница
им. Г.Г. Куватова (2)

Актуальность. Дуоденальные свищи (ДС) являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости, требующие индивидуальный подход к лечению каждого пациента. Летальность у больных с ДС варьирует от 60 до 90%. Таким образом, поиск и подбор оптимального хирургического лечения ДС является важнейшей задачей, которую возможно изучить на экспериментальной модели дуоденального свища у животных, применяя различные новые методы операций. Материалы и методы. Экспериментальное исследование выполнялось на 60 кроликах породы «Шиншилла» на собственной разработанной экспериментальной модели дуоденального свища, осуществляемую следующим образом: после выделения и мобилизовывания нисходящей части двенадцатиперстной кишки, петлю кишки выводили и оставляли снаружи. Через 24 часа после моделирования дуоденального свища всем животным проводились релапаротомии с целью ликвидации свищевого дефекта ДПК. В I контрольной группе животных свищевой дефект ДПК ушивался двухрядным вворачивающимся узловым швом, линия кишечных швов не укреплялась. Во II и III группах дуоденальный свищ ушивался однорядным непрерывным вворачивающимся узловым швом, при этом во II контрольной группе линия швов укреплялась биологическим хирургическим клеем BioGlue, а в III группе животных поверх наложенного однорядного узлового кишечного шва укладывали свиной дермальный коллаген «Permacol»™. Результаты и обсуждения. Морфологическое состояние тканей на 3-е сутки. Во всех трех группах после проведенной операции определяется выраженный острый катаральный дуоденит, о чем свидетельствует отек соединительнотканной основы ворсинок и их инфильтрацией лейкоцитами, а кровеносные капилляры ворсинок становятся полнокровными.

Морфологическое состояние тканей на 7-е сутки. К концу первой недели эксперимента у животных во всех трех группах подслизистые и межмышечные сосуды были умеренно полнокровными, отмечался небольшой межзачаточный отек кишечной стенки, соединительнотканная основа оболочек тонкой кишки все еще остается инфильтрированным лимфоцитами, макрофагами и фибробластами. Однако в III группе животных вокруг травмы постепенно оказывается все большее количество коллагеновых волокон, вырабатываемых фибробластами. Морфологическое состояние тканей на 14-е сутки. Поражение слизистой, а также количественные показатели воспалительной активности и ее качественный состав имели тенденцию к стиханию во всех группах исследования, более заметно это наблюдалось в группе с использованием биоимпланта. Затянувшееся разрешение воспалительной реакции препятствовало эффективному и быстрому процессу регенерации, что, следовательно, способствовало избыточному разрастанию грануляций и последующему рубцеванию; это оказалось более характерно для I группы (ШМ) животных и в меньшей степени – для III группы (коллаген). Морфологическое состояние тканей на 30-е сутки. В области швов с использованием биоимпланта определялись скопления фибробластов, очаговые разрастания зрелой волокнистой соединительной ткани, что было ранее выражено в сравниваемых группах. Также в этой группе менее выражены процессы воспалительной инфильтрации и межзачаточного отека. В контрольных группах более выражен процесс рубцевания. Выводы: 1. Воспалительная инфильтрация, как отражение ответной защитной реакции организма на повреждение и наличие инородного субстрата (шовного материала), сработала более эффективно как в количественном (степень выраженности), так и в качественном (быстрая смена клеточных элементов) плане в группе применения биоимпланта. 2. Признаки разрастания грануляционной ткани в области раны появлялись примерно в равные промежутки времени во всех исследуемых группах, однако их продолжительность отличалась и имела очень существенные последствия в группе с использованием биоимпланта. 3. Применение биоимпланта при операции у экспериментальных животных способствует более раннему восстановлению микроциркуляторных расстройств с формированием в зоне патологических изменений нежнволокнистой соединительной ткани.

131. Реконструктивно-восстановительные вмешательства с применением лапароскопически-ассистированного доступа у пациентов с колостомами

Цыплаков К.Г., Денисенко В.Л.

Витебск

Витебский областной клинический
специализированный центр.

Актуальность. Традиционные операции при закрытии колостом травматичны, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью. Лапароскопический доступ при закрытии колостом позволит оптимизировать результаты лечения у пациентов с колостомами при проведении реконструктивных вмешательств. Материалы и методы. Проанализированы результаты лапароскопически-ассистированных вмешательств по закрытию колостом в нашей клинике в 2017г. В основной группе 8 пациентов. Возраст пациентов 54,1±19 лет. Колостомы, выведенные по поводу заболеваний и травм левой половины толстой кишки, были у 87,5% пациентов. Всем пациентам основной группы было выполнено хирургическое вмешательство по восстановлению непрерывности кишечной трубки с применением лапароскопически-ассистированного доступа. Всем пациентам (100%) основной группы удалось восстановить непрерывность кишечника. В одном случае (12,5%) после наложения низкого трансверзо-ректоанастомоза возникла необходимость выведения превентивной илеостомы по Торнболлу. Средняя продолжительность лечения в основной группе составила 13,9±5,1 койко-дней. Контрольную группу составили 15 пациентов. Возраст 54,2±14,1 лет. Всем пациентам этой группы было выполнено хирургическое вмешательство с применением традиционного лапаротомного доступа. При этом в 93,3% случаев исход оперативного вмешательства оказался благополучным. Один пациент контрольной группы умер на 11-е сутки после реконструктивного вмешательства от прогрессирования хронической легочно-сердечной недостаточности. Несостоятельности анастомоза у умершего не отмечено. Средняя

продолжительность лечения в данной группе составила $20,2 \pm 5,4$ койко-дней. У 3 больных (20%) потребовалась резекция толстой кишки. Сроки выполнения реконструктивных операций с момента инициального вмешательства с выведением стомы колебались от 6 до 22 мес. Полученные результаты. Лапароскопически-ассистированные вмешательства осуществлялись посредством мультипортового доступа. Осложнений, как и летальности при выполнении лапароскопически-ассистированных вмешательств не было (0%). У пациентов контрольной группы осложнения развились у 3 (20%) больных. Один пациент скончался от прогрессирования хронической легочно-сердечной недостаточности. Летальность составила 6,67%. Несостоятельности анастомоза не было ни в основной, ни в контрольной группе. Длительность операций в основной группе составила $229,3 \pm 151,4$ мин, в контрольной – $214,7 \pm 133,2$ мин. Продолжительность стационарного лечения в послеоперационном периоде в основной группе 13,9 дней (из них 3,7 на койке ОРИТ), в контрольной группе 20,2 (9 на койке ОРИТ). Обсуждение. Анализируя полученные результаты можно сделать вывод о том, что лапароскопически-ассистированные вмешательства по закрытию стомы в целом безопасны, сопровождаются малым количеством осложнений, и низкой летальностью, что соответствует данным зарубежных исследователей. При этом время оперирования оказалось сравнимым по сравнению с таковым при традиционных вмешательствах. Достоверно меньшими оказались сроки стационарного лечения и пребывания на койке ОРИТ ($p < 0,05$). Существенно ниже оказались затраты на стационарное лечение и интенсивную терапию за счет уменьшения длительности лечения. Среднее время оперирования было сравнимым в обеих группах, хотя отдельные вмешательства значительно отличались друг от друга по продолжительности (от 75 до 400 мин). Это объясняется существенными отличиями в интенсивности спаечного процесса, измененной анатомией, различным характером патологического процесса и др. Выводы и рекомендации. Лапароскопически-ассистированные вмешательства у этой категории пациентов патогенетически обоснованы, технически выполнимы при соответствующем оснащении и опыте оперирующей бригады. Они сопровождаются меньшим количеством осложнений и низкой летальностью по сравнению с традиционными вмешательствами.

132. Эндоскопическая симультанная коррекция дуоденальной дискинезии при плановой холецистэктомии

*Бондаревский И.Я. (1), Кармазов Ю.Е. (2),
Куватов А.Г. (2), Левичева А.С. (2), Смирнов Д.М.
(1,2), Студеникин Л.В. (1,2), Трапезников Е.В. (2)*

Челябинск

1) ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, 2) НУЗ ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД»

Актуальность. Моторно-эвакуаторная патология двенадцатиперстной кишки встречается у 80% больных холецистолитиазом, она может провоцировать развитие или усугубление течения постхолецистэктомического синдрома. Доказано, что механические, а также суб- и декомпенсированные формы хронических нарушений дуоденальной проходимости требуют хирургического лечения. Суть вмешательства должна быть направлена на улучшение пассажа по двенадцатиперстной кишке пищевого химуса, желчи и панкреатического секрета. Хирургическое лечение наиболее эффективно до формирования необратимых изменений как в соседних органах, так и в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. Амбулаторно прошли обследование 132 человека, готовящихся к плановой эндоскопической холецистэктомии. Для выявления дуоденальной дискинезии проводилась рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки. В группу исследования включены пациенты ($n = 32$) с доказанной рентгенологически дискинезией двенадцатиперстной кишки в стадии субкомпенсации, которым эндоскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита дополнена симультанной мобилизацией дуоденоюнального перехода. Группу сравнения ($n = 10$) составили пациенты с выявленной дискинезией двенадцатиперстной кишки без ее коррекции во время стандартной видеолапароскопической холецистэктомии. В послеоперационном периоде оценивали качество жизни с помощью опросника GSRS; проводился рентген-контроль состояния моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки на сроках 1 и 12 месяцев после операции. Результаты. Хронические нарушения дуоденальной проходимости выявлены у 53% больных желчнокаменной болезнью. Превалирующее большинство составили пациенты с моторной патологией в стадии субкомпенсации

(64%). Доказано, что холецистэктомия, дополненная симультанной хирургической коррекцией дуоденальной дискинезии, нормализует пассаж по двенадцатиперстной кишке и способствует улучшению качества жизни. Обсуждение. Симультанная мобилизация дуоденоюнального перехода - это малоинвазивный и эффективный метод профилактики постхолецистэктомических осложнений. Существенное повышение качества жизни больных после предлагаемой симультанной коррекции моторной патологии двенадцатиперстной кишки обусловлено снижением клинических проявлений рефлюксного и диспептического синдромов. Выводы, рекомендации. Стандартный объем диагностических мероприятий при подготовке пациента к плановой холецистэктомии необходимо дополнять диагностикой моторной патологии двенадцатиперстной кишки. Наличие у пациента, страдающего хроническим калькулезным холециститом, доказанных хронических нарушений дуоденальной проходимости в стадии суб- и декомпенсации является показанием для их коррекции при плановой эндоскопической холецистэктомии. Обоснованным является выполнение симультанной эндоскопической мобилизации дуоденоюнального перехода у пациентов с холецистолитиазом и хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации.

133. Оперативная тактика у пациентов с термической травмой кисти

Владимиров И.В.

Красноярск

Красноярский ожоговый центр для детей и взрослых

Термические ожоги кисти довольно частый вид травм за год в ожоговом центре г.Красноярск оперируется около 70 человек с этой патологией, это около 10% пациентов находящихся на стационарном лечении. В мкб 10, эта нозология выделена в отдельную категорию T23.3 термическая травма кисти и л/з сустава. Постожоговая контрактура кисти является одной из

ведущих причин утраты трудоспособности у пациентов перенесших термическую травму. Является значимой медико - социальной проблемой. Причин развития контрактуры кисти, а так же, повреждения связочно-мышечного аппарата после ожога, множество. Ключевые из них это слабо выраженное развитие пжк тыла кисти, поверхностный характер расположения сухожильно - связочного аппарата, а так же, склонность к быстрому фиброзу и склерозированию двигательного аппарата кисти при длительно текущем воспалении. Материалы и методы: За период с 2014г. по 2017 г. под нашим наблюдением находилось 45 пациентов с термическими ожогами IIIA, IIIB, IV степени тыла 32 человека, ладонной поверхности 13 человек, преимущественно молодого и среднего возраста. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа - (22 пациента) получала традиционную терапию включающую химическую некрэктомию 10-13 сутки после травмы, с последующей аутодермапластикой, противорубцовой терапией кело кот или дерматикс. 2ой группе (23 пациента) выполнялась отсроченная некрэктомия на 7-10 сутки с предтрансплантационным дебридментом раневой поверхности, аутодермапластикой толсто - расщепленным цельным трансплантатом в последующем с обязательным замером и ношением компрессионного трикотажа и использованием противорубцовых гелей дерматикс или кело кот. Полученные клинические результаты через 6 месяцев по пациентам: Синдактилии 1группа-22, 2группа-18, развития подвывиха и вывихов в пястно фаланговых суставах 1группа-16, 2группа-2, гипертрофические рубцы кисти 1группа-17, 2группа-4, зуд и жжение в рубцах 1группа-18, 2 группа-5, невозможность полного захвата 1группа-8, 2группа-2 Выводы: 1) Ожоги кисти IIIA, IIIB степени желателно оперировать в сроки до 10 суток, объем оперативного лечения: отсроченная щадящая тангенциальная некрэктомия, дебридмент раневой поверхности используя аппараты гидро или ультразвуковой хирургии, с одномоментной аутодермапластикой цельным, расщепленным, желателно толстым в ? трансплантатом, направление перемещенных трансплантатов должно быть перпендикулярно кисти. 2) В п/о периоде необходим компрессионный противорубцовый трикотаж в сочетании с противорубцовой терапией.

134. Результаты лечения острого деструктивного панкреатита в условиях общехирургического отделения больницы «малых» городов.

Никонов П.В., Никонова Е.А.

Новотроицк, Оренбургская область

ГАУЗ «БСМП»

Лечение тяжелых форм острого деструктивного панкреатита остается сложной проблемой хирургии, а в условиях хирургического стационара «малого» города, требует дополнительных усилий. Рекомендательные рациональные и обоснованные тактические подходы не всегда используются из-за недостатка материальных и кадровых возможностей лечебного учреждения. Степень эндоксикоза и системные нарушения, резистентные к консервативному лечению, неотъемлемо связаны с этиологическими причинами, объемом и локализацией поражения поджелудочной железы, а также риском инфицирования. Проведен анализ лечения 57 пациентов с тяжелой формой острого деструктивного панкреатита алиментарно-алкогольной этиологии. Данная группа пациентов составила 89,2% от всех случаев, протекавших с явлениями острого панкреонекроза. Мужчин было 45 (79%), женщин – 12 (21%). Средний возраст больных составил $42,8 \pm 13,2$ лет. У 18 пациентов (31,5%) удалось остановить процесс на стадии асептического панкреонекроза. Инфицированный панкреонекроз отмечен – у 39 пациентов (68,5%). В 36% случаев развились гнойный парапанкреатит и флегмона забрюшинной клетчатки. В 80,7% случаев, у 46 пациентов степень тяжести острого панкреатита подтверждена шкалой Ranson. Топическую диагностику, локализацию и выраженность местных осложнений оценивали по данным УЗИ и КТ (Balthazar). Распространенный некроз (>50%) выявлен у 36,7%. Тяжесть состояния оценивали по шкале APACHE II ($12,6 \pm 4,8$). Парез кишечника с внутрибрюшной гипертензией сопровождал тяжелое течение острого панкреатита в 82% случаев. Комплексная медикаментозная терапия была успешной в 31,6% случаев. Проводили полноценную инфузионную детоксикационную терапию с использованием спазмолитиков, М-холинолитиков, антибиотиков, угнетением панкреатической секреции препаратами соматостатина. Наряду с массивной антибактериальной, инфузионной, иммунокорректирующей и другими методами терапии у 9 пациентов был применен дискретный

плазмаферез с замещением удаленной плазмы среднемолекулярными декстранами, физиологическим раствором и свежемороженой плазмой. У 1 пациента плазмаферез сочетался с гемодиализом, из-за быстрого нарастания гиперкалемии и уровня азотистых шлаков. В зависимости от тяжести эндотоксемии проводили от 2 до 5 сеансов, что позволило получить значительный дезинтоксикационный эффект и улучшение состояния больного. Примененные эфферентные методы снижения уровня эндотоксемии положительно сказались на результатах лечения, при развитии полиорганной недостаточности. Своевременная диагностика начальных проявлений достаточно хорошо визуализируемых отграниченных жидкостных скоплений, имеющих скрытый торпидный характер течения, остается нелегкой задачей по настоящее время. Острые скопления жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости выявлены у 20 пациентов в результате неоднократных поисковых УЗИ, нередко в сочетании с КТ, проводимых в динамике. Малоинвазивные методы – раннее лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и параколических затеков, в сочетании с абдоминализацией железы из мини доступа активно использовали при асептических формах панкреонекроза. Пункционно-аспирационное лечение проводилось у 16 больных, в 6 случаях выполнено дренирование полости под УЗИ-контролем. Данный метод лечения оказался эффективен у 27,7%. Применение малоинвазивной технологии в реактивную фазу и фазу ферментной токсемии позволило уменьшить вероятность инфицирования некротизирующего панкреатита. Сроки оперативного лечения определялись клиническими данными, результатами динамического УЗИ или КТ контроля с чрескожными пункциями. Локализованные отграниченные формы инфицированного панкреонекроза стремились санировать из минидоступа и внебрюшинно. При распространенных формах – больные оперированы традиционным способом: проводилась широкая срединная лапаротомия, ревизия, открытое дренирование сальниковой сумки и забрюшинных параколических клетчаточных пространств. Некресекестрэктомия производилась на $18,5 \pm 6,0$ сутки. У 8 пациентов проводились повторные операции, так как появлялись новые очаги некроза и отграниченные жидкостные образования. В ходе операции проводили тщательную ревизию и выявляли новые дренируемые или неадекватно дренируемые гнойно-некротические очаги, выполняли некресекестрэктомия. Заканчивали операцию

открытым или полуоткрытым дренированием. В последующем санации сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости проводились в программируемом режиме. Традиционная лапаротомия применена в 42% случаев после первичной лапароскопической санации и была эффективна в 63%. Срок госпитализации больных с инфицированным панкреонекрозом составил от 34 до 52 дней. Летальность составила 26,3% - 7 пациентов погибли в первую фазу заболевания, 3 пациента от массивных аррозивных кровотечений, 5 пациентов в фазу гнойных осложнений. Частые санации наряду с удалением секвестров нередко способствовали возникновению свищей ободочной кишки. При малых отграниченных перфорациях применялась аспирационная система, что позволило добиться закрытия свища у 4 больных. Двум пациентам выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Комплексный подход к диагностике осложнений панкреонекроза и лечению системных нарушений, осложненных декомпенсированным эндотоксикозом с использованием малоинвазивных методов санации и дренирования, эфферентных методов детоксикации, позволяют улучшить прогноз заболевания, снизить частоту гнойных осложнений и послеоперационную летальность.

135. Проблемные вопросы диагностики и лечения холедохолитиаза в эпоху широкого внедрения малоинвазивной хирургии

*Гарипов Р.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В.,
Сибяев В.М.*

Уфа

ГБУЗ МЗ РБ "Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы"

Диагностика и лечение холедохолитиаза (ХДЛ) являются актуальной проблемой хирургии. Несмотря на успехи в эпоху широкого использования эндоскопической и малоинвазивной хирургии, в этой хирургической проблеме имеется много нерешенных вопросов касающихся методов диагностики и рациональных способов лечения. Целью исследования является изучение

оптимальных методов диагностики, направленных на выявление ХДЛ, его сочетания с сопутствующей патологией гепатопанкреатобилиарной системы и возможностей использования малоинвазивных технологий в лечении. Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения 158 больных холедохолитиазом с 2013 по 2017 гг. в хирургических отделениях ГБУЗ МЗ РБ «Больница скорой помощи г.Уфы». Основную массу больных составили пациенты женского пола, соотношение мужчин и женщин было 1: 2,7, средний возраст больных составил 58,7±2,4. Средний срок от момента заболевания до госпитализации составил 4,1±1,3 дня. В структуру анализируемых больных ХДЛ включали: сочетание холе-цисто- и ХДЛ – 98 (62,0%); изолированный ХДЛ – 60 (39%); сочетание изолированного ХДЛ с патологией терминального отдела холедоха – 8 (13,3%); синдром Мирризи -5 (3,2%). Количество резидуального ХДЛ из числа изолированного составило 12 (7,6%) пациентов, рецидивного – 14 (8,7%). Больных с одиночными конкрементами в холедохе было в 61 (38,6%), с множественными – 97 (61,4%), с развитием желтухи - у 103 (65,3%). Основную патологию больных ХДЛ у 62,8% отягачали сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца - 21,7%, гипертоническая болезнь – 25,4%, сахарный диабет – 14,2%, морбидное ожирение – 8,1%, патология бронхо-легочной системы – 9,4%, спаячная болезнь брюшины – 3,4%, у 46,9% - сочетание заболеваний. Полученные результаты и обсуждение. Диагностика ХДЛ основывалась на клинико-лабораторных, инструментальных и интероперационных данных. Среди анамнестических факторов риска выделяли частые приступы печеночных коликов, эпизоды механической желтухи, холангита, острого билиарного панкреатита. Наиболее типичным для ХДЛ является механическая желтуха с болевым синдромом. Отсутствие желтухи у 55 (34,7%) пациентов при наличии болевого синдрома и ЖКБ в анамнезе значительно затрудняло диагностический этап ХДЛ. Классическое сочетание болевого синдрома с последующим развитием желтухи при наличии анамнеза ЖКБ позволяло с уверенностью говорить о наличии ХДЛ. Разнообразные изменения в биохимическом анализе крови характеризуют различные патофизиологические процессы. В практике наибольшее значение придавали определению уровня билирубина и его фракций, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), амилазы, показателей коагулограммы, общего белка и альбуминов. Инструментальные методы исследования,

включающие в себя лучевые, эндоскопические, пред- и интраоперационные, являлись заключительным этапом выявления патологических изменений гепатикохоледоха. Сравнительная оценка инструментальных методов в диагностике ХДЛ в определении чувствительности и специфичности показала: УЗИ (чувствительность - 59,4%, специфичность- 97,0%), КТ (71,4%, 94,1%), МРТ (92,3%, 95,1%), ЭРХГ (92,4%, 97,3%), интраоперационная холангиография (95,2%, 98,3%), интраоперационная холедохоскопия (97,2%, 98,3%), интраоперационное УЗИ (84,7%, 99,1%). Разработан алгоритм диагностики и лечения сочетания холецисто- и холедохолитиаза с использованием малоинвазивных технологий. ЭПСТ при установленном диагнозе ХДЛ произведена у 148 (93,7%) больных, из них как самостоятельный метод лечения – у 48 пациентов. При дистальном расположении камня не более 10 мм при ЭПСТ в 31 случае конкремент самостоятельно отошел в момент исследования и в раннем послеоперационном периоде, у 17 больных после ЭПСТ успешно произведена литоэкстракция. Наш клинический опыт показал, что конкременты самостоятельно отходят на 1-3 сутки после ЭПСТ. При множественных конкрементах холедоха (от 2 и более) и конкрементах, расположенных в проксимальной части холедоха у больных перенесших холецистэктомию ранее, выполнялась ЭПСТ и литоэкстракция под рентгенконтролем с использованием С-дуги General Electric OEC 9900 Elite. Конкременты извлекались корзинкой Olympus FD-422 или баллонным экстрактором. Противопоказаниями для проведения данного вмешательства являлись расположение конкрементов в ряд в виде цепочки, что не давало раскрыться корзинке, вклинение камней в интрамуральной части холедоха и крупные камни, превышающие размеров петли. Максимальное количество извлеченных конкрементов составило 6 камней от 5 до 9 мм. У больных с механической желтухой ЭПСТ выполняли с целью первоначальной декомпрессии. Конверсия при эндохирургических вмешательствах при холедохолитиазе с переходом на минилапаротомный доступ составил 18,6%, при минилапаротомном доступе - на широкий доступ – 3,2%. Выбор оперативного вмешательства с использованием малоинвазивных технологий при ХДЛ основывалась на классификацию Y.C.Chang (2005г.) и на методические рекомендации, разработанных проф. Тимебулатовым В.М. Разработанный нами алгоритм диагностики и лечения ХДЛ позволял уменьшить количества интраоперационных осложнений и конверсий. Из числа оперированных больных, у которых в

предоперационном периоде диагностировались тяжелое общее состояние, сопутствующие заболевания, наличие выраженного рубцового процесса в зоне треугольника Calot и билио-билиарных свищей, оперативные вмешательства преимущественно выполнены минилапаротомным доступом, исключающего наложения карбоксиперитонеума. Конверсия была связана со сложностями выделения элементов треугольника Calot и зоны Moosman на фоне выраженного рубцово-спаечного процесса, наличия билио-билиарных свищей, развитием интраоперационных осложнений в виде кровотечений. Летальность в 3 случаях у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями длительно протекающего ХДЛ отмечена в раннем послеоперационном периоде. У двоих больных летальный исход наступил в результате развития острой сердечно-легочной недостаточности на фоне длительно протекающей холемии и холангита. Выводы 1. Разработанный алгоритм обследования больных ХДЛ, основанный на принципе «от более простых и менее травматичных исследований к более сложным и инвазивным методам», позволяет рационально использовать различные инструментальные методы исследования, достоверно выявлять ХДЛ, сокращать сроки обследования больных, определять оптимальную тактику выбора лечения. 2. Результатом разработки и использования алгоритма выбора адекватного малоинвазивного метода оперативного лечения в зависимости от данных обследования больных с патологией гепатобилиарной зоны и сопутствующих заболеваний явилось снижение количества конверсий при минидоступе до 3,2% и использовании эндохирургической технологии – до 2,2%, летальности – до 3,2%. 3. Минидоступ при ХДЛ показал преимущество перед эндохирургическими вмешательствами у тяжелой категории больных, которым противопоказано наложение карбоксиперитонеума, позволял более полноценно производить интраоперационные методы исследования, ревизию холедоха, холедохолитотомию, наложение билиодигестивных анастомозов.

136.10 летние результаты продольной резекции желудка с дуоденально-еюнальным шунтированием

Семенов Е.Е., Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Сагитов Р.Б., Акубеков Л.Л., Семенова В.В., Шафиков Д.Б.

Уфа

ГБУЗ МЗ РБ "Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы"

Введение. С 2005 года нашей клинике производятся шунтирующие операции (ГШ в модификации Capella с 2005 года, с 2006 г. БПШ в модификации Hess-Marceau, с 2007 года продольную резекцию желудка с дуодено-еюнальным шунтированием (SG-DJBP) (Е.Е. Семёнов, В.М. Тимербулатов - патент на изобретение №2341209 от 27.09.2007)). Материалы и методы. Представлены результаты 16 операций SG-DJBP, выполненных в период с апреля 2005 года по декабрь 2015 года. Во всех случаях производилась верхняя срединная лапаротомия, в 3 случаях произведена лапароскопическая мобилизация большой кривизны желудка. Средний возраст составил $38,2 \pm 7,5$ (29-55) лет, средний вес $123,0 \pm 15,4$ kg (111-159), средний ИМТ= $46.0 \pm 6,7$ kg/m²(38,9-59,8). 4 случая - алиментарная петля (AL)-100 см, билиопанкреатическая петля (BL)-60 см; 9 случаях AL-180 см, AL BL-70 см, 3 случаях AL-200 см, BL-70 см. 4 пациентам наложен дополнительно бандаж на с/3 тела желудка для усиления рестриктивного компонента. У 1 пациенток был сахарный диабет 2 типа. У 5 - нарушение углеводного обмена. Всем пациентам назначалась пожизненная заместительная терапия, употребления белка не менее 90 г в сутки. В контрольные сроки (1,3,6,12,24 и 36 месяцев) проводили лабораторные исследования и R-графия желудка в 12, 24 и 36 месяцев. Результаты. Все пациенты операцию перенесли хорошо. Больные выписаны на 6-7 сутки после операции (в 1 случаях более длительные сроки - ОПН на фоне рабдомиолиза). Через 12 ± 3 месяцев $53,6 \pm 11,7$, через 24 ± 3 месяцев $68,8 \pm 8,8\%$, через 60 ± 6 месяцев $56,2 \pm 8,8\%$, 84 ± 6 месяцев $66,9\%$, 120 ± 6 месяцев $66,4 \pm 14,7$. Причём у 5 пациенток с бандажем на культе желудка через 12 месяцев %EWL = 61,5%, а у 11 пациенток без бандажа %EWL = 51,7%. Максимальным этот показатель был у пациентки с бандажем через 18 месяцев и составлял 74,8%. У одной пациентки максимальным показатель через 12 месяцев составил 94,5%, при

AL-200 см, BL-70 см. Данный показатель был достигнут с дополнительными интенсивными физическими нагрузками. Стабилизация массы тела происходила к 18-24 месяцам, в среднем составил 85 кг. К 36 месяцам отмечается тенденция к набору веса на 3-8 кг, до 28 кг у одной пациентки. У этих пациенток при R-графии выявлено расширение пищевода. Выявлено увеличение потребления пищи калорийностью от 2500 до 3500 ккал, а также игнорирование рекомендаций по физической нагрузке. По лабораторным показателям анемии, гипопроотеинемии не наблюдалось. Отмечалось понижение уровня холестерина низкой и очень низкой плотности, триглицеридов, с повышением уровня холестерина высокой плотности. Компенсировался нарушенный углеводный обмен у пациентки с сахарным диабетом 2 типа. До операции: Вес: 107 (117)кг. Рост: 161 см. ИМТ= 41,3 кг/м², через 5 года вес 75 кг, ИМТ= 28,9 кг/м², %EWL=65,4%. Уже с первой недели отмечалась нормализация уровня сахара в крови. Через 5 лет сахар крови 3,9 ммоль/л (был 9,1 ммоль/л), HbA1c 4,1% (был 8,8%), инсулин 16 мкЕд/мл (был 43,5 мкЕд/мл), С-пептид 2,6 нг/мл (был 40,5 нг/мл), АСТ-был 94 Е/л, стал- 22,8 Е/л, АЛТ- 146,5 Е/л стал- 21,0 Е/л, хол. был 5,3 ммоль/л, стал 4,3 ммоль/л. У всех пациенток с гипертонической болезнью снизилось артериальное давление. Устранилась дисменорея с нормализацией менструального цикла. 12 пациентов не принимала регулярно препараты кальция, признаков остеопороза не выявлено, уровень кальция в пределах нормы. 4 пациенткам произведена абдоминопластика. Одной пациентке через 3 года в связи с не удовлетворительным результатом по снижению массы тела произведена повторная операция по уменьшению общей петли. Исходный вес был 148 кг, ИМТ= 50,6 кг/м², снижала вес максимально до 118 кг, через года 122 кг. Через 3 года после операции по уменьшению общей петли вес снизился до 92 кг. Присоединились побочные эффекты характерные для БПШ (частый жидкий стул, анемия, метеоризм). Данная пациентка не соблюдает рекомендации по двигательной активности и калорийности питания. Обсуждение. Положительные моменты SG-DJBP в том, что меньше метаболических нарушений, нет белковой недостаточности, нет диареи, нет анемии. Однако более ранняя стабилизация массы тела и недостаточное снижение массы тела у пациентов с ИМТ>50 кг/м², говорит о недостаточной эффективности продольной резекции желудка и шунтирующего компонента. При ИМТ>50 кг/м² предпочтительней выбирать БПШ. М. Gagner в статье: «Laparoscopic Sleeve Gastrectomy with Duodenojejunal Bypass for Sever Obesity and/or Type

2 Diabetes My Not Reguire Duodenojejunal Bypass Initially» (Obes Surg. 2010; 20:1323-1324), говорит о возможном недостаточном снижении массы тела и влиянию на углеводный обмен при сахарном диабете. Считает, целесообразным проведение первичной продольной резекции, а в последующем при недостаточном снижении массы тела и компенсации углеводного обмена, проведение шунтирующего компонента. В марте 2017 года Касама из Японии в журнале Obesity Surgery (Obes Surg. 2017; Volume 27, pp 795–801) опубликовал 5 летние результаты операции SG-DJBP у 120 пациентов с сахарным диабетом. Средний процент от общей потери массы тела (% TWL) был 28,9, 28,6, и 30,7% через 1, 3 и 5 лет, соответственно. Ремиссия СД2 была достигнута в 63,6, 55,3 и 63,6% через 1, 3 и 5 лет, соответственно. Среди тех, кто достиг ремиссии диабета в течение 1 года, 10,8% из них испытывали рецидив в течение последующего периода наблюдения. Хотя рецидив СД2 наблюдается у некоторых пациентов с течением времени, LSG-DJB эффективная процедура для достижения значительной потери веса и улучшение гликемического контроля. Заключение. SG-DJBP эффективная операция, дающая значимое снижение массы тела и не имеет тяжелых осложнений как при БПШ, есть возможность эндоскопического контроля. Данная операция имеет хорошие, стойкие результаты в плане нарушений углеводного обмена и при сахарном диабете. Может применяться при сахарном диабете 2 типа с ИМТ менее 35 кг/м².

137. Возможность применения двухкомпонентного биологического клея в лечении свищей прямой кишки

*Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю.,
Минбаев Ш.Т., Богормистров И.С.,
Черножукова М.О., Ким Е.В.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ России

Актуальность: Малые сроки реабилитации пациентов и сохранение функции держания являются приоритетными задачами в лечении свищей прямой кишки. Материал и методы:

Предлагаемый метод включает два этапа. В первом этапе лечения производится выжигание стенок свищевого хода при помощи радиоволновой коагуляции. Следующим этапом выполняется обработка послеоперационного раневого канала растворами антисептиков и пломбировка фибриновым клеем. При введении фибринового клея в ложе свищевого хода в течение 30-60 секунд происходит формирование фибринового сгустка, на который одновременно воздействуют фибробласты и плюрипотентные клетки, которые вызывают активацию синтеза коллагена. Одновременно с этим под воздействием фермента плазмина происходит процесс фибринолиза сгустка с формированием коллагена. В исследование были включены пациенты без острых воспалительных изменений параректальной клетчатки и выраженного рубцового процесса в области внутреннего свищевого отверстия. Согласно данным критериям количество пациентов, оперированных по данной методике, составило 14 человек с трансфинктерными свищами. До и после лечения пациентам проводилось комплексное обследование. Результаты. Методика относится к малоинвазивным, проводится под местной анестезией, а время оперативного вмешательства колеблется от 12 до 26 минут. Интраоперационных осложнений не отмечено. Малотравматичность метода обуславливает низкий болевой синдром в послеоперационном периоде (1 балл по визуально-аналоговой шкале боли). В отдаленном периоде в сроки до 5 месяцев диагностированы рецидивы заболевания у 3 (21,4%) пациентов, что потребовало повторного хирургического вмешательства. Одному (7,14%) пациенту произведена сегментарная проктопластика, двум (14,28%) пациентам произведены повторные оперативные вмешательства по предложенной методике. Рецидивов впоследствии отмечено не было. Всем пациентам выполнялось ФЗАПК через 3 месяца после операции, при оценке функции держания анального сфинктера нарушений не выявлено. Выводы: Преимущества использования фибринового клея заключается в максимальной физиологичности и отсутствии повреждающего действия на ткани, что делает данную методику сфинктеросохраняющей. Применение двухкомпонентного биологического клея в конечном итоге позволило достичь полного выздоровления у 93% пациентов с трансфинктерными свищами прямой кишки. Стоит отметить необходимость строгого отбора пациентов с трансфинктерными свищами и комплексного предоперационного обследования для эффективного использования методики.

138. Факторы риска развития рецидива 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

Актуальность: Хирургическое лечение неполных внутренних свищей прямой кишки остается достаточно сложной задачей, обусловленной топикой свищевого хода и отсутствием наружного маркера (наружное свищевое отверстие). Материалы и методы: В период с 2014 г. до 2017 г. нами был проведен проспективный, одноцентровой анализ 156 пациентов с неполными внутренними свищами различной степени сложности криптогенного генеза. При этом мы оценивали: количество перенесенных оперативных вмешательств и их особенности. На догоспитальном этапе всем пациентам выполнялось МРТ органов малого таза с контрастированием и трансректальное УЗИ. Результаты: Пол ($p=0,435$) и возраст ($p=0,853$) не влияли на рецидив заболевания, нами не получено статистически достоверных различий. Количество оперативных вмешательств перенесенных по поводу различных заболеваний аноректальной области (геморрой трещина, свищ прямой кишки) достоверно влияло на развитие рецидива заболевания ($p=0,04$), как и сложность свищевого хода ($p=0,007$). Для выбора метода хирургического лечения мы оценивали, закономерность влияния МРТ и ТРУЗИ на эффективность и точность в диагностике неполных внутренних свищей прямой кишки и затеков. При этом не выполнение одного из исследований не влияет на развитие рецидива заболевания, нами не было получено статистически достоверных различий ($p=0,295$). Так же наличие такого фактора как гнойные затеки достоверно влияли на развитие рецидива заболевания ($p=0,002$). При этом достоверно доказано, что общее количество затеков статистически достоверно увеличивает риск развития рецидива заболевания ($p=0,012$). Нами достоверно выявлено, что наличие межсфинктерного затека также влияет на развитие рецидива неполного внутреннего свища прямой кишки. Объем операции ($p=0,117$) и выполнение оперативного лечения (при сложных неполных внутренних свищах прямой кишки) в два этапа не оказал существенной разницы в развитие рецидива заболевания ($p=0,273$). Однако исходя из того факта,

что само наличие затека достоверно влияет на рецидив заболевания, как и общее количество (>1) затеков, как и сложность свищевого хода, мы считаем эти два фактора решающими в выборе двухэтапного лечения сложных неполных внутренних свищей прямой кишки, несмотря на то, что мы не получили статистически достоверной разницы. Выводы: Таким образом необходим дифференцированный подход в лечении простых неполных внутренних свищей прямой кишки. Основным фактором риска рецидива заболевания является наличие гнойного затека в параректальных клетчаточных пространствах и сложность свищевого хода. Мы считаем, что эти два фактора являются решающими в выборе двухэтапного лечения сложных неполных внутренних свищей прямой кишки несмотря на то, что нами не было получено статистически достоверной разницы.

139. Опыт выполнения лапароскопической спленэктомии при травме селезенки*Ярцев П.А., Гуляев А.А., Черныш О.А.,
Левитский В.Д., Кирсанов И.И., Цулеискири Б.Т.*

Москва

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность. Повреждения селезенки встречаются у 9 – 49 % пациентов с травмой живота, из них изолированные составляют 15 – 40 %. Среди пострадавших мужчины трудоспособного возраста составляют до 70 %. При повреждениях селезенки в подавляющем числе наблюдений выполняется спленэктомия, в ряде случаев - лапароскопическим доступом. Материалы и методы. С 2010 по 2017 годы в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского диагностическая лапароскопия при повреждении селезенки была выполнена 96 больным. Лапароскопическая спленэктомия произведена 89 пациентам (92,7%) средним возрастом $38,4 \pm 16,6$ лет. Женщин было 22 (24,7%), мужчин - 67 (75,3%). Тяжесть сочетанных повреждений по шкале ISS составила $20,7 \pm 4,2$; тяжесть физиологических нарушений по шкале RTS - $7,722 \pm 0,5$. По шкале OIS у 44 пациентов (49,4%) была определена II степень повреждения селезенки, а у 45 больных (50,6%) – III степень. Показаниями к диагностической

лапароскопии явились: подозрение на травму селезенки; необходимость уточнения степени повреждения селезенки; исключение повреждения других органов брюшной полости. Противопоказаниями к лапароскопии были: операционно-анестезиологический риск IV - V степени по ASA; продолжающееся внутрибрюшное кровотечение по данным динамического ультразвукового исследования, интенсивность которого превышает 500 мл/час; клинико-инструментальные признаки повреждения полых органов брюшной полости; перитонит. Показаниями к лапароскопической спленэктомии считали: повреждения селезенки II или III степени по AAST при стабильной гемодинамике (что соответствовало операционно-анестезиологическому риску I – III степени по ASA) при отсутствии других значимых повреждений органов брюшной полости. После верификации диагноза связки селезенки пересекали при помощи ультразвуковых ножниц. Селезеночную артерию и вену пересекали биполярным коагулятором с дозированной подачей энергии в зависимости от тканевого импеданса. Селезенку фрагментарно удаляли из брюшной полости в эндоконтейнере через один из троакарных разрезов. Результаты и обсуждение. При диагностической лапароскопии у 81 больного (91%) было изолированное повреждение селезенки, у 8 пациентов (9%) – сочетание с другими повреждениями органов брюшной полости (надрыв капсулы печени, повреждение диафрагмы и серозно-мышечной оболочки кишки), которые были устранены эндохирургически. Конверсия в лапаротомию выполнена 7 больным (7,3%). Время от начала операции до момента достижения гемостаза составило $32 \pm 5,1$ мин. Объем интраоперационной кровопотери составил от 50 до 650 мл. Среднее время оперативного вмешательства – $92 \pm 12,8$ мин. Послеоперационные осложнения были представлены плевритом и нагноением послеоперационных ран (I степень по Clavien-Dindo), которые были излечены консервативно и составили 6,1%. Средний койко-день составил $13,4 \pm 1,7$ суток. Было 3 летальных исхода (3,4%). В двух случаях причиной смерти явилась сочетанная травма, осложнившаяся отеком и дислокацией головного мозга. В одном случае сочетанная травма осложнилась тяжелой двухсторонней абсцедирующей пневмонией. Ни в одном из летальных исходов спленэктомия не явилась причиной смерти. Заключение: Лапароскопический доступ является приоритетным у стабильных пострадавших, как с изолированной, так и с сочетанной травмой живота и травмой селезенки II

- III степени по AAST при отсутствии признаков продолжающегося интенсивного кровотечения.

140. Комбинированное малоинвазивное дренирование постнекротических кист поджелудочной железы

Черданцев Д.В. (1,2), Первова О.В. (1,2), Носков И.Г. (1,2), Жегалов П.С. (2), Еремина Е.В. (2).

Красноярск

- 1) КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
- 2) Краевая клиническая больница

Актуальность. Выбор лечебно-диагностической тактики при постнекротических кистах (ПК) поджелудочной железы (ПЖ), сообщающихся с главным панкреатическим протоком (ГПП) остается крайне дискуссионной проблемой. По данным мировой литературы, такие кисты наиболее часто протекают с осложнениями (28-93%), такими как аррозивное кровотечение (32-46%), инфицирование (15-77%), механическая желтуха (8-31%) и другие (42-67%). При этом, частота рецидивов ПК связанных с ГПП достигает 38-64%, летальность 3-17%. В последние десятилетия широкое распространение получили методы малоинвазивного лечения ПК – чрескожные дренирующие вмешательства под УЗ- и КТ-контролем, эндоскопическое транслюминальное дренирование под ЭУС-наведением. Остается нерешенным вопрос о показаниях к стентированию ГПП при ПКПЖ и его эффективности. Материалы и методы. В наше исследование вошли 38 пациентов с диагнозом ПКПЖ, проходивших лечение в Краевой клинической больнице г. Красноярска. У всех пациентов установлена связь ПК с ГПП, решающее значение в диагностике разгерметизации ГПП имело определение уровня амилазы пунктата кисты (более 5000 Ед/л). Первую группу составили 11 пациентов, которым было выполнено чрескожное дренирование (ЧД) ПК под УЗ-контролем катетером типа «Pigtail» 12Fr. Во вторую группу вошли 15 пациентов, которым было выполнено эндоскопическое транслюминальное дренирование (ЭТД) под ЭУС-наведением пластиковыми стентами «Double Pigtail» 7-12Fr. Третью группу составили 12 пациентов, которым

первым этапом было выполнено ЧД или ЭТД, вторым этапом – эндоскопическое транспапиллярное стентирование вирсунгова протока (ЭТС), т.н. комбинированное дренирование (КД). Стоит отметить, что в 3 группе ПК как правило локализовались в головке ПЖ. Оценку эффективности лечения проводили на основании изучения динамики редукации полости ПК, продолжительности стационарного лечения, наличия осложнений и частоты рецидивов. Статистическая обработка данных: Statistica Statsoft 6.0; критерий Манн-Уитни ($p < 0,05$), критерий Вилкоксона ($p < 0,05$). Полученные результаты. В первой группе частота послеоперационных осложнений составила 36,6% ($n=4$). У всех 4 пациентов к моменту выписки сформировался наружный панкреатический свищ. Средний объем ПК к выписке редуцировался с 418 (345;890) до 73 (52;127) см³, полость ПК облитерировалась к выписке у 64,5% пациентов ($n=6$). Продолжительность лечения составила 21,5 (9;34) койко-дня. В 27,2% ($n=3$) случаев через 6 месяцев после выписки отмечен рецидив кисты. В второй группе частота осложнений составила 20% ($n=3$) – перфорация кисты в 1 случае, забрюшинная гематома у 1 пациента, стойкая гипертермия у 1. Средний объем ПК к выписке редуцировался с 398 (305;742) до 58 (36;75) см³, полость ПК облитерировалась к выписке у 73,3% пациентов ($n=11$). Продолжительность лечения составила 15 (10;29) койко-дней. В 13,3% ($n=2$) случаев через 6 месяцев после выписки отмечен рецидив кисты. В третьей группе частота осложнений составила 8,3% ($n=1$), в 1 случае развился послеоперационный острый панкреатит. Средний объем ПК к выписке редуцировался с 521 (387;1054) до 16 (0;29) см³, полость ПК облитерировалась к выписке у 83,3% пациентов ($n=10$). Продолжительность лечения составила 12 (10;19) койко-дней. Через 6 месяцев после выписки рецидивов выявлено не было. Летальных исходов во всех группах не наблюдалось. Обсуждение. Применение КД позволяет статистически значимо уменьшить частоту послеоперационных осложнений ($p=0,019$) и рецидивов ПК ($p=0,047$), достоверно сократить период стационарного лечения ($p=0,035$). КД статистически значимо позволяет в более короткие сроки уменьшить объем кистозной полости ($p=0,0012$), к 7 суткам послеоперационного периода более чем в 5 раз ($p=0,0002$). КД и ЭТД фактически профилактуют формирование наружного панкреатического свища ($p=0,000001$). Выводы и рекомендации. Таким образом, КД показано пациентам с ПК, локализующимся в головке и теле ПЖ, при наличии сообщения полости ПК с ГПП.

141. История хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса

*Тарбаев И.С., Василевский Д.И., Ахматов А.М.,
Лапшин А.С., Корольков А.Ю.*

Санкт-Петербург

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

Развитие представлений о гастроэзофагеальном рефлюксе неразрывно связано с историей изучения строения и функции верхних отделов пищеварительного тракта. В 1730 году W. Cheselden выделил зону соединения пищевода с желудком как отдельное анатомическое образование, а в 1786 году J. Hunter впервые отметил характерные для рефлюкс-эзофагита изменения. В 1808 году J. Barclay описал кардию, как мышечную структуру, а в 1823 году F. Magendie обнаружил “розетку” слизистой оболочки в этой зоне. В 1833 году W. Beaumont описал повреждающее действие желудочного сока на пищевод, пятью годами позднее R. Carswell представил иллюстрации эрозивного эзофагита в атласе, а в 1855 году C. von Rokitansky ввел понятие “рефлюкс”. В 1878 году C. Braune выявил поперечную складку слизистой оболочки в зоне пищевода-желудочного соустья, а в 1886 году А. Губарев доказал ее клапанную роль. В 1906 году W. Tileston описал симптомы язвенного эзофагита и объяснил их нарушением функции кардии, J. Fridenwald и M. Feldman в 1925 году связали проявления рефлюкса с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, а H. Hamperl спустя девять лет предложил понятие “пептический эзофагит”. В 1950 году N. Barrett описал морфологический феномен, ставший эпонимом: сочетание язвенного эзофагита, пептической стриктуры и цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода, а в 1951 году V. Morson и J. Belcher выявили аденокарциному на фоне подобных изменений. Первые серьезные попытки решения клинических вопросов гастроэзофагеального рефлюкса стали предприниматься в середине XX века. В 1950 году P. Allison и R. Sweet разработали варианты хирургического лечения хиатальной грыжи и желудочно-пищеводного заброса через грудную

клетку, а в 1952 году R. Belsey описал собственный способ операции. Методику хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса абдоминальным доступом в 1953 году разработал J-L. Lortat-Jacob, а I. Voerema в 1955 году для профилактики рецидива хиатальной грыжи предложил фиксировать желудок к передней брюшной стенке. В 1956 году R. Nissen впервые предложил методику операции, предусматривающую не только восстановление естественных антирефлюксных механизмов, но и создание дополнительных. В том же году С. Code впервые исследовал биомеханику кардии с помощью манометрии. В 1957 году J. Collis разработал оригинальный способ удлинения пищевода за счет малой кривизны желудка, получивший название "гастропластика". В 1958 году S. Tuttle и M. Grossman для оценки замыкательной функции кардии применили электрохимический рН-зонд, F. Ingelfinger описал моторику пищевода, а L. Bernstein и L. Baker высказали идею о взаимосвязи рефлюкс-эзофагита с забросом кислоты из желудка. Спустя три года J. Hayward предположил тот же механизм развития цилиндроклеточной метаплазии. В 1962 году J. Dog разработал методику передней неполной фундопликации, а годом позднее А. Toupet описал свой способ формирования неполной манжеты позади пищевода. В 1967 году L. Hill представил собственный вариант антирефлюксной операции - эзофаго-гастропластику. В 1969 году J. Spencer для диагностики рефлюкса предложил продленный рН-мониторинг, а спустя пять лет L. Johnson и T. DeMeester популяризировали методику. В 1970 году С. Bremner в эксперименте доказал развитие цилиндроклеточной метаплазии при желудочно-пищеводном забросе. В 1977 году P. Donahue разработал методику "свободной" полной фундопликации ("floppy Nissen"), ставшую золотым стандартом антирефлюксной хирургии. С середины 80-х годов для снижения частоты неудач при хирургическом лечении желудочно-пищеводного заброса начали применяться протезирующие материалы. С начала 90-х годов XX века в антирефлюксную хирургию пришли малоинвазивные технологии. Впервые подобная операция была выполнена в 1991 году В. Dallemagen. В течение нескольких лет к новым технологиям были адаптированы практически все методики хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса. Таковы основные исторические вехи изучения феномена желудочно-пищеводного заброса и развития антирефлюксной хирургии.

142. Анализ результатов лечения пациентов с гнойными осложнениями ХИНК при «дистальных» формах поражения артерий

Домашенко Н.Н., Андреев Е.В., Серебряный А.В.

Ростов-на-Дону

ГБУ ОБ № 2

Актуальность. Гнойные осложнения (ГО) ХИНК – проявление декомпенсации микроциркуляции, поражение дистальных отделов НК отражает снижение кровотока во всех артериальных бассейнах. Иницируемые возбудителями нозокомиальной инфекции (ВНИ) ГО, сепсис и синдром полиорганной недостаточности (СПОН) фатально отягощают состояние пациента, ограничивают консервативное и оперативное лечение. Кроме инвалидизации «высокие» ампутации (ВА) характеризуются частотой осложнений и послеоперационной летальностью (ПЛ) до 48%, пятилетняя выживаемость после ВА снижается до 50% [Гавриленко А.В. и др., 2006; Барбараш Л.С., 2010; Шулуто А.М. и др., 2010; Цветков В.О. и др., 2011; Donohue S. et al., 2001; Ploeg A.J. et al., 2005]. Цель. Анализ госпитальных результатов лечения пациентов с ГО ХИНК при «дистальных» формах поражения артерий нижних конечностей. Материал и методы. В отделении гнойной хирургии ГБУ ОБ № 2, г. Ростов-на-Дону в 2017 г. изучены результаты лечения 210 пациентов, госпитализированных в связи с ГО ХИНК при «дистальных» формах поражения артерий. Критерии включения в исследование: гнойный очаг в области НК, шифр МКБ-10: E10.5, E10.7, E11.5, E11.7, E11.8, I70.0, I70.2, I70.9, I74.3. Критерий исключения шифр МКБ-10: I73.1. Результаты исследования. По абсолютным показаниям ВА выполнена у 16,2% (34 из 210), ПЛ – 14,7% (5 из 34). У 11,0% (23 из 210) при поступлении оперативное лечение включало некрэктомию, ПЛ – 4,3% (1 из 23), в дальнейшем ампутации голени выполнены у 4,8% (10 из 210) и 43,5% (10 из 23), ПЛ – 4,3% (1 из 23), ампутация стопы – 26,1% (6 из 23), ампутации пальцев НК – 30,4% (7 из 23), ПЛ – 8,7% (2 из 23). Баллонная ангиопластика (БА) сосудов НК выполнена у 22,9% (48 из 210), у 4,2% (2 из 48), некрэктомии – 56,3% (27 из 48). У 50,0% (105 из 210)

при поступлении выполнены вскрытия и дренирования флегмон в сочетании, либо этапно с ампутациями пальцев НК – 77,1% (81 из 105), ампутациями на уровне головок плюсневых костей – 22,9% (24 из 105). ПЛ обусловленная, декомпенсацией сопутствующих заболеваний и ВТЭО – 2,9% (3 из 105). В дальнейшем у 24,8 % (38 из 153 (БА – 48, вскрытия и дренирования флегмон – 105)) выполнены пластики ран местными тканями. Обсуждение. Тяжесть коморбидного фона, контаминация ВНИ не позволяют сформулировать единый алгоритм объема хирургической санации при ГО ХИНК. ПЛ в исследовании – 4,8% (10 из 210), пациентов с влажной гангреной НК, сепсисом и СПОН – 50,0% (5 из 10), ПЛ – 14,7% (5 из 34). При объективных причинах, позволяющих воздержаться от ВА, целесообразны этапные некрэктомии, БА, ПЛ – 2,8% (5 из 176). Значимый вклад в результат лечения пациентов с ГО ХИНК принадлежит терапии коморбидных состояний и осложнений. Учитывая распространенность среди ВНИ полирезистентных штаммов, стартовая АБТ может не соответствовать результатам бактериологического исследования у значительного числа пациентов, однако следует учитывать, что выявленные возбудители не всегда являются основным патогеном ГО, с учетом побочных эффектов препаратов «резерва» АБТ обеспечить деэскалацию АБТ по объективным причинам не всегда возможно, деэскалация или продолжение стартовой АБТ основывается на данных клинической эффективности (динамика раневого процесса, лейкоцитоз, термометрия, СРБ). При отсутствии абсолютных показаний для ВА мероприятия должны быть направлены на трансформацию колликвационного некроза в коагуляционный, уровень ампутации определяется в соответствии с динамикой раневого процесса, результатами рентгенографии, УЗАС, эффективностью БА. Вывод. При ГО ХИНК ВА должны выполняться по абсолютным показаниям, предпочтительны этапные некрэктомии, а также БА. При определении показаний к операции и ее объема мероприятия должны быть направлены на стабилизацию витальных функций, своевременное выявление проявлений их субкомпенсации и генерализации септического процесса. С учетом побочных эффектов и токсичности «резерва» АБТ, прежде всего нефротоксичности, решение о деэскалации АБТ или продолжении должно подкрепляться данными клинической эффективности.

143. Зависимость степени ишемии органов брюшной полости и забрюшинного пространства от степеней внутрибрюшной гипертензии и острой кровопотери

*Тимербулатов В.М., Гареев Р.Н.,
Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.*

Уфа

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

Актуальность. ВБГ не редко сопровождает как заболевания, так и травмы живота (ТЖ) и ведет непосредственно к ишемии органов брюшной полости (ОБП) и забрюшинного пространства (ЗП). Влияние внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) на степень ишемии ОБП и ЗП изучено, но в условиях острой кровопотери, сопровождающей практически любую ТЖ, подобных исследований не проводилось. Материал и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 36 поросятах «мясной» породы обоого пола со средней массой тела $11,7 \pm 0,7$ кг. ВБГ моделировалась путем создания продленного пневмоперитонеума под интубационным наркозом. По уровню ВБД и объему смоделированной кровопотери экспериментальные животные были подразделены на 6 групп (по 6 животных в группе). В I, II и III группы вошли животные, объем смоделированной кровопотери у которых составлял 10% ОЦК. В IV, V и VI группы вошли животные, объем смоделированной кровопотери у которых составлял 20% ОЦК. В I и IV группах ВБД поддерживалось на уровне 15, во II и V на уровне 20, в III и VI на уровне 25 мм рт.ст. Уровень лактата крови определялся до напряженного пневмоперитонеума и во время его на 180 минуте. Структура этих данных позволяла использовать метод однофакторного дисперсионного анализа. В пределах групп с кровопотерей 10 и 20% от ОЦК животные находились в равных условиях по массе тела и объему смоделированной кровопотери. Вне ВБГ уровень лактата крови у экспериментальных животных составлял $2,29 \pm 0,32$ ммоль/л. Дисперсионный анализ по Фишеру показал, что до ВБГ, т. е. исходно, уровень лактата ни в группах с потерей 10% ОЦК, ни с потерей 20% ОЦК не зависел от групповой принадлежности животных ($F=0,19$, $p>0,82$ и $F=0,20$, $p>0,70$ соответственно). По

среднему уровню содержания лактата до ВБГ животные всех групп находились в равных «стартовых условиях». Результаты и обсуждение. На 180 минуте ВБГ при потере 10% ОЦК зависимость уровня содержания лактата в крови от ВБД оказалась очень сильной, почти функциональной и высоко достоверной: $\eta^2=66\%$, $F=212$, $p<<0,0001$. Средние уровни содержания лактата попарно различались по критерию Fd: в группах I–II ($p<0,02$), I–III ($p<0,0001$) и II–III ($p<0,0001$). Эта зависимость нелинейная: при повышении ВБД с 15 до 20 мм рт. ст. прирост слабый (на 25%, с $2,78\pm 0,23$ ммоль/л до $3,48\pm 0,38$ ммоль/л), но при повышении ВБД с 20 до 25 мм рт. ст. прирост содержания лактата уже составляет 270% относительно первого значения, 220% относительно предшествующего и 330% относительно исходного ($2,29\pm 0,32$ ммоль/л) значения – до $7,57\pm 0,60$ ммоль/л. В группах с потерей 20% ОЦК зависимость уровня содержания лактата в крови от ВБД также оказалась сильной и высоко достоверной: $\eta^2=66\%$, $F=104$, $p<<0,0001$. Средние уровни содержания лактата попарно различались по критерию Fd: в группах IV–V ($p<0,03$), IV–VI ($p<0,0001$) и V–VI ($p<0,0001$). Эта зависимость также нелинейная: при повышении ВБД с 15 до 20 мм рт. ст. прирост содержания лактата слабый (на 31%, с $3,33\pm 0,36$ ммоль/л до $4,38\pm 0,73$ ммоль/л), но при повышении ВБД с 20 до 25 мм рт. ст. данный прирост в 2,6 раза относительно первого значения, двукратный относительно предшествующего и в 3,9 раз относительно исходного ($2,29\pm 0,32$ ммоль/л) значения – до $8,83\pm 0,90$ ммоль/л. Анализ результатов показал, что при всех трех уровнях ВБД средний уровень содержания лактата в группах с потерей 20% ОЦК значимо выше, чем в группах с потерей 10% ОЦК. Наибольшая разница возникает при ВБД 25 мм рт. ст. Выводы На фоне острой кровопотери с ростом ВБД повышается уровень лактата крови, что свидетельствует о возникновении тканевой ишемии в ОБП и ЗП с преобладанием анаэробного гликолиза. Причем имеется прямая положительная корреляция между тяжестью ишемии ОБП и ЗП с тяжестью кровопотери в условиях ВБГ.

144. Внутривнутрибрюшное давление при травме органов забрюшинного пространства в послеоперационном периоде

*Тимербулатов В.М., Гареев Р.Н.,
Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.*

Уфа

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

Актуальность. Частота внутривнутрибрюшной гипертензии (ВБГ) у пострадавших с травмой живота (ТЖ) и после операций на животе достигает 30% с развитием в 5,5% случаев синдрома ВБГ. Материал и методы. Материалом исследования послужили 512 пострадавших с травмой органов забрюшинного пространства (ТОЗП), из которых 473 были оперированы. Для сравнения динамики внутривнутрибрюшного давления (ВБД) у пострадавших с ТЖ на фоне и без ТОЗП взяты результаты измерения ВБД 93 оперированных пострадавших с ТЖ без ТОЗП, то есть не входящих в основной клинический материал. Результаты и обсуждение. У пострадавших без исходной ВБГ по результатам дисперсионного анализа корреляционное отношение η^2 между уровнем ВБД и временем после операции составило 0,83 ($F=84$, $p<0,0001$) в группе без ТОЗП и 0,66 ($F=24$, $p<0,0001$) в группе с ТОЗП. К концу операции средние уровни ВБД в обеих группах практически совпадают. Через шесть часов после операции ВБД в обеих группах статистически значимо ($p<0,03$ и $p<0,02$) возрастает до $13,1\pm 1,6$ и $12,7\pm 1,3$ мм рт. ст. соответственно и уже достоверно различается ($p<0,04$). Далее средний уровень ВБД в обеих группах снижается, однако, в группе с ТОЗП это снижение происходит гораздо медленнее, причем начиная с 24 часов после завершения операции. При исходной I степени изменения ВБД в группах также оказались достаточно тесно связаны со временем, прошедшим после операции ($\eta^2=0,51$, $F=12$, $p<0,001$ в группе без ТОЗП и $\eta^2=0,43$, $F=6,3$, $p<0,001$ в группе с ТОЗП), и также оказались нелинейными. В обеих группах средний уровень ВБД по завершении операции практически совпадает. Впоследствии в первые часы после завершения операции в обеих группах средний уровень ВБД статистически значимо возрастает. Далее средний уровень ВБД в обеих группах начинает последовательно снижаться, причем, в группе с ТОЗП это происходит гораздо медленнее.

Через 24 часа после операции это различие в интенсивности снижения ВБД последовательно нарастает. При исходной II степени ВБГ зависимость уровня ВБД от времени, прошедшего после завершения операции, в обеих группах оказалась очень тесной, приближающейся к функциональной: $r=0,83$, $F=100$, $p<<0,0001$ в группе без ТОЗП и $r=0,72$, $F=28,5$, $p<<0,0001$ в группе с ТОЗП. Непосредственно после завершения операции средние уровни ВБД в обеих группах оказались достаточно близки. В течение следующих суток средний уровень ВБД в обеих группах последовательно возрастал, далее уровень ВБД в обеих группах последовательно снижался, но по окончании третьих суток снижение среднего уровня ВБГ в группе без ТОЗП происходило гораздо интенсивнее, чем в группе с ТОЗП. При исходной III степени ВБГ зависимость уровня ВБД от времени, прошедшего после завершения операции, в обеих группах и в этом случае оказалась очень тесной, практически функциональной – $r=0,90$, $F=91$, $p<<0,0001$ в группе без ТОЗП и $r=82$, $F=40$, $p<<0,0001$ на фоне ТОЗП. По завершении операции средние уровни ВБД в обеих группах практически совпадали ($p>0,84$). Фаза нарастания ВБД имела место в течение последующих шести часов и завершилась достижением опять таки практически совпадающих средних уровней ВБД ($p>0,64$). Далее этот повышенный уровень ВБД в обеих группах оказался практически стабильным на протяжении до двух суток в группе без ТОЗП ($17,5\pm 1,4$ мм рт. ст. к 48 часам) и трех суток в группе с ТОЗП ($17,5\pm 1,8$ мм рт. ст. к 72 часам). Фаза активного снижения ВБД в группе без ТОЗП началась на сутки раньше и протекала гораздо интенсивнее, чем в группе с ТОЗП. К завершению недели после операции (168 часов) средний уровень ВБД в группе без ТОЗП составлял всего $10,1\pm 0,8$ мм рт. ст. против $13,2\pm 0,9$ мм рт. ст. в группе с ТОЗП. Выводы. Таким образом, у пострадавших с ТЖ с ТОЗП снижение ВБД в послеоперационном периоде носит нелинейный характер и протекает значимо медленнее, нежели без них, причем, чем выше уровень исходного ВБД, тем длительнее происходит его снижение.

145. Моторная функция кишечника при забрюшинных кровоизлияниях

*Тимербулатов В.М., Гареев Р.Н.,
Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.*

Уфа

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

Актуальность. По данным ряда авторов, забрюшинные кровоизлияния (ЗК) в большинстве случаев сопровождаются парезом кишечника, но прямые доказательства влияния ЗК на функциональную активность кишечника отсутствуют, в наблюдениях авторов не учитывается фактор выполненного оперативного вмешательства, которое также может сопровождаться парезом кишечника. Для изучения данной взаимосвязи требуется экспериментальное исследование. Материал и методы. Нами проведен эксперимент на 40 кроликах, которым в эксперименте моделировали ЗК, путем введения в забрюшинное пространство (ЗП) пункции в поясничной области предварительно забранного объема крови с ушной вены. Экспериментальные животные были разделены на 4 группы (по 10 животных в группе): в I группе животных, произведен забор с дальнейшим введением в ЗП 10% объема циркулирующей крови (ОЦК), во II группе 15%, в III – 20% ОЦК – в среднем $22,5\pm 1,1$ мл – с дальнейшим введением данного объема крови в ЗП; в IV контрольную группу вошли животные, у которых произведен забор 20% ОЦК без введения данного объема крови в ЗП. В конце 1-, 2- и 3-х суток моделирования ЗК животным проводилось УЗИ ОБП. Во время проведения УЗИ оценивалось наличие или отсутствие признаков синдрома кишечной недостаточности (СКН). Результаты и обсуждение. В связи с трудностями проведения УЗИ ОБП данному виду экспериментальных животных оценка дифференциации складок слизистой кишки не проводилась. Кроме того, появление свободной жидкости в брюшной полости относили к признакам СКН III степени. Результаты и обсуждение. Анализ распределения частоты встречаемости различных степеней СКН по срокам эксперимента (суткам) в четырех экспериментальных группах показал, что ЗК по мере увеличения срока ее давности и объема приводит к прогрессирующему снижению функциональной активности кишечника, причем

тяжесть проявлений СКН последовательно возрастает по мере увеличения срока от момента формирования кровоизлияния, а доля тяжелых форм проявления синдрома (вплоть до летального исхода) – по мере увеличения объема кровоизлияния. Однако при самой кровопотере без ЗК (IV группа животных) проявления СКН схожи с таковыми, как при ЗК малого объема (I группа животных), что говорит, в свою очередь, о влиянии на функциональную активность кишечника фактора кровопотери. Выводы. В эксперименте показано, что ЗК приводит к снижению функциональной активности кишечника, причем тяжесть проявлений СКН последовательно возрастает по мере увеличения срока от момента формирования кровоизлияния, а доля тяжелых форм проявления синдрома – по мере увеличения объема кровоизлияния.

146. Патогенез ишемии органов брюшной полости и забрюшинного пространства при внутрибрюшной гипертензии

*Тимербулатов В.М., Гареев Р.Н.,
Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.*

Уфа

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

Актуальность. За последние десятилетия такое понятие, как внутрибрюшная (ВБГ) прочно укрепилось в сознании хирургов. На сегодняшний день уже изучено влияние различных степеней ВБГ на степень ишемии органов брюшной полости (ОБП) и забрюшинного пространства (ЗП), но публикации, посвященные влиянию ВБГ на кровоток в сосудах ЗП, единичны. Материал и методы исследования. Нами проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) диаметра и скоростных показателей кровотока в общих бедренных артериях (ОБА) и венах (ОБВ) при различных уровнях внутрибрюшного давления (ВБД). Бедренные сосуды взяты как предмет исследования по следующим причинам: во-первых, УЗИ их не составляет трудностей, и само данное исследование

не инвазивное; во-вторых, данные сосуды являются продолжением одноименных подвздошных сосудов, аорты и нижней полой вены, которые, в свою очередь, находятся в полости живота, и патологические изменения в них непременно находят свое отражение на бедренных сосудах; в-третьих, чрескожное УЗИ самих сосудов живота проблематично и не всегда возможно ввиду создаваемых помех перераздутыми газом петлями кишечника. После получения информированного согласия определенной группы больных, которым планировалось проведение плановых лапароскопических оперативных вмешательств, нами выполнено измерение диаметра правой и левой ОБА и ОБВ и скоростных показателей кровотока в данных сосудах у этих больных посредством выполнения УЗИ во время выполнения самих оперативных вмешательств при уровнях ВБД 0, 5, 10, 15 и 20 мм рт. ст., который устанавливался инфулятором. Лапароскопия проводилась под интубационным наркозом с миорелаксацией. В данную группу вошли 10 больных различного пола в возрасте от 20 до 35 лет без имеющейся патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Применительно к имеющейся структуре данных и поставленным задачам нами была использована однофакторная схема параметрического дисперсионного анализа по Р. Фишеру. Результаты исследования. С ростом внутрибрюшного давления диаметр бедренных артерий уменьшался, а вен увеличивался. Влияние (??) фактора ВБД на диаметр ОБА оказалось значимым и умеренно сильным как для правой (??=0,44; F=9, p<0,0001), так и для левой ??=0,52; F=12,2, p<0,0001) артерии. При этом зависимость диаметра ОБА от уровня ВБД оказалась нелинейной. Зависимость скорости кровотока в ОБА от уровня ВБД оказалась гораздо сложнее и существенно слабее, чем в рассмотренной выше зависимости диаметра ОБА: для правой ОБА ??=0,25; F=3,7, p<0,02, для левой ??=0,20; F=2,6, p<0,04. Корреляционное отношение (?) между ВБД и скоростью кровотока в правой и левой ОБА составило соответственно 0,5 и 0,45. Влияние (??) фактора ВБД 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<<0,0001), для левой 81% (F=49, p<<0,0001), т. е. зависимость приближается к функциональной. Скорость кровотока в сосудах при повышении внутрибрюшного давления снижалась. Столь же тесной оказалась зависимость от уровня ВБД скорости кровотока в ОБВ. Для правой вены влияние фактора изменения давления на скорость кровотока составило 81% (F=101, p<<0,0001), а для

левой – 92% ($F=140$, $p < 0,0001$). Коэффициенты корреляции изменения скорости кровотока с изменениями уровня давления составили соответственно 0,9 и 0,96, т. е. также свидетельствуют о наличии практически функциональной зависимости скорости кровотока от давления в брюшной полости. Выводы. Таким образом, с прогрессированием ВБГ прогрессирует ухудшение кровотока в магистральных сосудах ЗП, причем в основном за счет нарушения венозного оттока крови, и, как следствие, – в ОБП и ЗП.

147. Результаты хирургического лечения остеомиелитов и остеоартритов стоп при осложненном инфекцией СДС.

Левчик Е.Ю. (1), Аминев А.Ж. (2), Воробьев С.А. (2)

Екатеринбург

1) УГМУ, 2) СОКП ГВВ

Актуальность. Лечение инфекционных поражений костей и суставов стопы при СДС, остается одной из наиболее сложных задач. Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов лечения 51 пациента с остеомиелитами и остеоартритами при осложненном инфекцией СДС с 01.01.2014 по 30.06.2017. Включены все пациенты с нейропатической/нейроишемической формами, с поражением костей и суставов по клинко-рентгенологическим данным; пациенты с ишемией, подтвержденной ультразвуковым исследованием артерий нижних конечностей, или поражением только кожи и мягких тканей, исключены. В 1 группу вошли пациенты с поражением фаланг, межфаланговых и плюсне-фаланговых суставов, плюсневых костей ($n=28$). Возраст– $54,6 \pm 11,1$, от 25 до 76 лет, Med.–56. Стаж СД– $12,7 \pm 9,4$, от 1 до 47 лет, Med.–10. СД 1 типа–5, СД 2 типа–23. Мужчин–22, женщин–6, ИЗСД у 21, ИНСД–у 7. Остеоартрит у 17, остеомиелит–у 11. Происхождение-травма у 14, язвы стопы–13, неизвестно–1. Раны у 17, свищи–7, флегмоны–5. Возбудители выделены у 21(75%). Один у 13(61,9%), несколько–у 8(38,1%). Основные принципы хирургического лечения больных 1 группы: 1) Резекция кости/сустава с иссечением раны/язвы/свища, некрэктомией из доступа вне опорных зон, 2) Механическая и ультразвуковая

обработка ран, удаление сухожилий на протяжении, 3) Ушивание/пластика ран кожным лоскутом на широком основании, 4) После резекции суставов–иммобилизация лонгетой с переходом на повязку-каст, 5) После резекции плюсневых костей–послеоперационная обувь с разгрузкой переднего отдела стопы 1-1,5 месяца/до заживления ран. Во 2 группу вошли 23 пациента с остеомиелитом и остеоартритом предплюсны, таранной кости, таранно-ладьевидных, таранно-кубовидных, таранно-пяточных суставов. Возраст– $56,2 \pm 8,6$, от 41 до 68 лет, Med.–57. Стаж СД– $13,3 \pm 8,7$, от 3 до 31 лет, Med.–13. СД 1 типа–1, СД 2 типа–22. Мужчин 17, женщин – 6. ИЗСД у 19, ИНСД – у 4. Остеоартрит у 16, остеомиелит–у 7. Происхождение-травма у 15, язва стопы–7, неизвестно–1. Раны у 12, свищи–у 9, флегмоны–у 4. Возбудители инфекции выделены у 21(91,3%) из 23. Один возбудитель у 12(57,1%), несколько–у 9(42,9%). Основные принципы хирургического лечения больных 2 группы: 1) Экономная резекция или остеонекрэктомия, с иссечением язвы/свища, некрэктомией из доступов на тыле и боковых поверхностях стопы, 2) Механическая и ультразвуковая обработка раны, удаление секвестров и патологических грануляций, 3) Дренирование образовавшейся полости из контрапертурных разрезов, ушивание/кожная пластика раны кожным лоскутом на широком основании, 4) Иммобилизация гипсовой лонгетой, через 1-2 месяца-с переходом на повязку-каст на 3-4/более месяцев, 5) После резекции суставов–устранение подвывихов, иммобилизация на 2,5-4 месяца. Результаты и обсуждение. У 24(85,7%) из 28 больных 1 группы выполнена одна операция, у 3(10,7%)–2, и у 1(3,6%)–3. Выписаны без ран 22 из 28. П/о койко-день $11,6 \pm 5,2$, от 5 до 24 суток, Med.–11. Через 2-4 месяца у 23(82,1%) из 28 заживление ран у 15, наличие–7, рецидив остеомиелита–1. У 22(95,7%) из 23 больных 2 группы выполнена одна операция, у 1(4,3%)–3. Выписаны без ран 18 из 23. П/о койко-день $15,3 \pm 5,3$, от 7 до 30 суток, Med.–14. Через 2-4 месяца у 18(78,3%) из 23 заживление ран у 13, наличие–3, рецидив остеомиелита–2. Выявлено, что остеомиелиты и остеоартриты у больных СДС чаще возникали у мужчин зрелого возраста со 2 типом ИЗСД и стажем >10 лет. Преобладали остеоартриты, в проксимальных отделах–посттравматические, осложненные инфекцией мягких тканей. Инфекция у 6 из 10 больных–один, у 4–ассоциация возбудителей. У большинства оперативное лечение одноэтапное. Все больные требовали длительного амбулаторного наблюдения и восстановительного лечения. Выводы. Хирургическое лечение пациентов с остеомиелитами и остеоартритами при СДС должно

осуществляться в специализированных отделениях многопрофильных стационаров. Лечение пораженных дистальных отделов может выполняться в гнойных хирургических отделениях городских/районных больниц, имеющих подготовленные кадры хирургов и среднего персонала.

148. Интенсивность болевого синдрома после различных видов паховой герниопластики

Понамарев Н.И., Тутолмин В.Р., Асутаев Ш.Д.

Сургут

Сургутская городская клиническая больница

Актуальность. Операции по поводу паховых грыж, продолжают оставаться одними из наиболее частых вмешательств в хирургическом стационаре. Повсеместное внедрение в хирургическую клинику эндовидеохирургических методов лечения паховых грыж трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики – ТАПП и тотальной экстраперитонеальной герниопластики – ТЭП, способствует значительному улучшению результатов лечения – снижается частота осложнений, уменьшается количество рецидивов. Отмечается, что оба метода являются приемлемыми для лечения паховой грыжи, однако, недостаточно данных, позволяющих сделать вывод об относительной эффективности ТАПП по сравнению с ТЭП по многим критериям и, в частности, по частоте и выраженности послеоперационного болевого синдрома. Цель работы: изучение степени болевого синдрома у пациентов перенесших ТАПП и ТЭП. Материал и методы. Были проанализированы показатели 41 пациента мужчин. На оперативное лечение, пациенты поступали в хирургическое отделение БУ «Сургутская городская клиническая больница» в 2015-2016 году в плановом порядке, после стандартного медицинского обследования в условиях поликлиники. Всем поступившим проводились общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Средний возраст больных составлял $60 \pm 2,3$ лет. Длительность грыженосительства составила $18 \pm 1,2$ месяцев. ТЭП была проведена у 16 (39%) пациентов, ТАПП у 25

(61%) больных при II, IIIa типах паховой грыжи (по классификации L. Nyhus). В качестве сетчатого имплантата использовалась частично рассасывающаяся облегченная монофиламентная сетка ULTRAPRO (ETHICON Johnson&Johnson, США). Оперативное лечение выполнялось под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких. В обеих группах определяли количество осложнений и выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, по 10 бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка данных проводилась непараметрическим методом Манна-Уитни. Полученные результаты и обсуждение. Осложнения после лапароскопических герниопластик, были немногочисленны (серома у 1 пациента после ТАПП и 1 – после ТЭП и гематома у 1 прооперированного методом ТАПП), не требовали дополнительных вмешательств и рассасывались самостоятельно, не приводя к инфицированию или нагноению раны. Одни из ключевых показателей послеоперационных осложнений – боль и дискомфорт в области операции, явились основной причиной имевших место у прооперированных пациентов проблем с передвижением и самообслуживанием. В тоже время, наблюдалась разная интенсивность послеоперационного болевого синдрома в первые сутки после ТАПП и ТЭП по ВАШ. Лучше переносили боль, ощущая ее как умеренную, пациенты после ТЭП, прооперированные методом ТАПП характеризовали её как сильную (соответственно, $4,1 \pm 0,7$ и $7,2 \pm 0,9$, $p=0,03$). На третьи сутки после операции все пациенты, независимо от метода оперативного вмешательства давали более позитивную оценку своего состояния. Боль, имевшая выраженный характер в первый день после операции, оказывающая существенное влияние на активность пациентов и восприятие своего состояния, к третьим суткам снижалась. Однако после ТАПП болевой синдром оставался более выраженным, чем после выполнения герниопластики методом ТЭП. В первом случае, к третьим суткам боль характеризовалась как умеренная, а во втором – незначительная (значение по ВАШ, соответственно, $0,9 \pm 0,17$ и $3,3 \pm 0,8$, $p=0,02$). Именно жалобы на наличие сохраняющейся боли и некоторого дискомфорта в области оперативного вмешательства, были причиной более длительного пребывания в стационаре пациентов перенесших ТАПП, по сравнению с ТЭП (продолжительность стационарного лечения $4,5 \pm 0,1$ и $3,5 \pm 0,1$ дней, соответственно), а также, более длительного назначения обезболивающей терапии. Выводы. Количество осложнений после разных видов герниопластик незначительно и они сопоставимы

по результатам. Выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде выше после ТАПП.

149. Организационные аспекты лечения огнестрельных ранений мирного времени в Республике Беларусь.

Трухан А.П., Васильев Д.В., Сухарев А.А.

Минск

Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь».

Актуальность. Огнестрельные ранения встречаются в практике хирургов не только в военное, но и в мирное время. При этом в большинстве случаев хирургии «гражданских» организаций здравоохранения испытывают сложности в лечении пациентов с огнестрельными ранениями, допуская как тактические, так и технические ошибки, что приводит к развитию осложнений, увеличивает сроки лечения. Это требует принятия определенных мер организационного характера, в том числе и на государственном уровне. Материалы и методы. В основу работы положен первый опыт работы Республиканского центра по лечению пациентов с огнестрельными ранениями и минно-взрывными травмами (далее – Центр), созданного на базе Государственного учреждения «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» (далее – 432 ГВКМЦ). С 1 ноября 2016 по 1 января 2018 года в Центре было пролечено 17 пациентов, все мужчины, возраст от 18 до 64 лет. Сочетанная травма была у 3 (17,6%) пациентов. Наиболее частыми причинами травмы были суицидальные попытки (29,4%), неосторожное обращение с оружием самих пострадавших (35,3%) или окружающих (23,5%). Чаще всего ранения наносились из охотничьего оружия (35,3%), пистолета Макарова (23,5%), автомата Калашникова (11,8%). Первично непосредственно в Центр поступили 12 пациентов, 5 пациентов были переведены в Центр после оказания помощи в «гражданских» организациях здравоохранения.

Результаты и обсуждение. Практически у всех пациентов, переведенных в Центр для дальнейшего лечения, были выявлены дефекты в оказании хирургической помощи на предыдущем этапе. Наиболее часто отмечены: невыполнение первичной хирургической обработки при наличии показаний, неадекватная ревизия ран, недостаточный объем иссечения нежизнеспособных тканей, невыполнение фасциотомии (в том числе нерассечение карпальной связки при ранениях кисти), наложение первичных швов на огнестрельную рану любой локализации. В 60% случаев у этих пациентов отмечены явные признаки раневой инфекции, в остальных случаях имелись все предпосылки для ее возникновения. Для диагностики применялись все возможности 432 ГВКМЦ: рентгенография, ультразвуковое исследование, ангиография, компьютерная и магниторезонансная томография, клинические лабораторные исследования, консультации врачей-специалистов различного профиля. Лечение пациентов проводилось в соответствии с канонами военно-полевой хирургии. Основным методом лечения было выполнение первичной и вторичной хирургической обработки с широким раскрытием раны, фасциотомия основных мышечных футляров поврежденных сегментов, некрэктомия явно нежизнеспособных тканей, адекватное дренирование, отказ от первичного шва (за исключением ран лица и применение первичного шва для закрытия полостей). В соответствии с концепцией «damage control» у всех пациентов с огнестрельными переломами длинных трубчатых костей на первой операции применяли стержневые аппараты внешней фиксации. У 23,5% пациентов, начиная с 3-4 суток после ранения, применяли аппараты лечения ран отрицательным давлением. В 29,4% применяли гипербарическую оксигенацию (в среднем – 9-10 сеансов). Летальный исход наступил в двух случаях (11,8%), оба пациента имели огнестрельное ранение головы с целью суицида, причина смерти – массивное разрушение головного мозга. Сроки лечения выживших пациентов составили от 5 до 81 суток. Выводы: 1. Первичное поступление пациентов с огнестрельными ранениями или ранний их перевод (до начала третьего периода травматической болезни) в Республиканский центр по лечению пациента с огнестрельными ранениями и минно-взрывными травмами позволяет уменьшить частоту развития раневой инфекции и сократить сроки лечения. 2. Улучшение результатов лечения пациентов с огнестрельными ранениями мирного времени требует, прежде всего, организационных решений, в том числе и на государственном уровне.

150. Вопросы обеспечения безопасности в хирургии*Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В.,
Гарипов Р.М.*

Уфа

ФГБОУ ВО "Башкирский государственный
медицинский университет Минздрава РФ"

Актуальность. Осложнения в хирургической практике встречаются в 3 – 16%, стойкая нетрудоспособность и летальность достигают 0,4 - 0,8%. Вместе с тем до 50% всех послеоперационных осложнений относятся к так называемым «предотвратимым» осложнениям, включая инфекцию области хирургического вмешательства. Материалы и методы. Проведен проспективный анализ результатов внедрения инициативы ВОЗ – руководящих принципов и контрольного перечня вопросов по безопасности хирургического вмешательства за 5 лет (2013 – 2017 гг.) и патологоанатомических исследований для изучения частоты ятрогенных осложнений в хирургии. Указанный контрольный перечень вопросов применен при выполнении более 60 тыс. хирургических вмешательств. Контрольный перечень вопросов нами дополнен двумя вопросами: о проведении профилактики тромбоэмболических осложнений и по температуре в операционной и больного (профилактика непреднамеренной интраоперационной гипотермии и коагулопатий), и является составной частью истории болезни. Результаты. Возникновению хирургических ошибок, осложнений приводят следующие причины, которые объединены в 3 группы: I. Причины, обусловленные факторами состояния пациента, недостаточно учтенными в периоперационном периоде. II. Причины, обусловленные профессиональной дельностью хирурга, анестезиолога. III. Причины организационного характера. При анализе 2-х клиник, патологоанатомических исследований, за 3 года отмечен рост ятрогенных осложнений от 0,08% до 1,01%. Приводятся результаты внедрения в клиническую практику рекомендаций ВОЗ – руководящих принципов и контрольного перечня вопросов по безопасности хирургического вмешательства (предупреждение предотвратимых осложнений). Применение этих принципов (2013 – 2017 гг.) при выполнении более 60 тыс. оперативных вмешательств позволило исключить случаи

предотвратимых хирургических осложнений. Обсуждение. По данным ВОЗ, применение контрольного перечня вопросов по безопасности хирургического вмешательства повышает показатели соблюдения этих стандартов с 36% до 68%, в некоторых клиниках до 100%, что привело к значительному сокращению числа осложнений. Внедрение данной инициативы требует соблюдения всех вопросов Перечня, серьезного контроля при исполнении; важно избегать формального отношения к заполнению каждого пункта Перечня. Выводы и рекомендации. Внедрение в клиническую практику контрольного перечня вопросов по безопасности хирургического вмешательства и при его серьезной реализации, позволяет существенно снизить или исключить предотвратимые осложнения в хирургии. Данная инициатива не требует материальных, финансовых затрат и является одним из важных компонентов обеспечения безопасности в хирургии. Контрольный перечень вопросов должен найти широкое применение в хирургических стационарах.

151. Стратегический подход к профилактике венозных тромбоэмболических осложнений в многопрофильном стационаре*Лобанов Д.С., Дарвин В.В., Мазайшвили К.В.,
Краснов Е.А.*

Сургут

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая
больница»; БУ ВО Сургутский государственный
университет ХМАО-Югры

Случайным называются события, которое при одних и тех же исходных условиях может произойти или не произойти. Основными признаками случайности являются неопределенность и непредсказуемость. Мелкие, случайные осложнения в медицине возникают регулярно. Они, при всем негативном к ним отношении, имеют и положительную составляющую: врач учится на них и развивается профессионально. Длительная стабильность приводит к появлению редких осложнений, непредсказуемых и, порой, катастрофических. Известный социолог С. Perrow в 1984 опубликовал книгу «Normal Accidents: Living With High Risk

Technologies». Эта книга заложила краеугольный камень в то, что сейчас называется "теория нормальных несчастных случаев". Она описывает, как без объективных причин, грубых ошибок и людей, допустивших халатность, возникают техногенные катастрофы. Эта же теория, в медицинском приложении, объясняет происхождение таких катастроф как венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО). В очень сложных системах (к которым относится живой организм) самые незначительные факторы, на которые обычно не обращают внимания, иногда случайно влекут за собой масштабные последствия. В этом участвуют тысячи взаимодействий, которые невозможно проследить, а результаты предсказать. Определенно можно сказать только то, что достаточно редко, но регулярно они приводят к катастрофе. Материалы и методы. С 2009 года хирургическая БУ Сургутская ОКБ стала участником многоцентрового общенационального проекта «Территория безопасности от ВТЭО». Глобальная цель этого проекта заключалась в снижении смертности пациентов от ВТЭО. Важным элементом проекта было обучение врачей стационаров правильному выявлению риска возникновения ВТЭО с назначением соответствующей профилактики. Результаты исследования. Несмотря на то, что нам известна вероятность развития ВТЭО в зависимости от степени риска, для каждого конкретного большого это событие остается случайным, т.е. мы не в состоянии односложно ответить произойдет оно у него или нет. Теория нормальных несчастных случаев позволяет взглянуть на профилактику ВТЭО с иной стороны. Если осложнение у данного пациента невозможно предсказать, следует стратифицировать риски и группы пациентов с разными рисками рассматривать так, как будто у каждого из них обязательно должно случиться ВТЭО. В этой ситуации мы проводим адекватную профилактику и, что не менее важно, затем у каждого больного целенаправленно стараемся найти признаки развивающегося ВТЭО. Именно таков дух проекта «Территории безопасности». Критически важен, при этом, регламент послеоперационных (для хирургических отделений) и динамических скрининговых ультразвуковых исследований глубоких вен у пациентов, находящихся на стационарном лечении. До внедрения алгоритма профилактики летальность в хирургическом стационаре клиники от ВТЭО составляла 0,25-0,3%. Введение в рутинную практику алгоритма профилактики привело к снижению летальности от них более чем в 8 раз. При этом общебольничная летальность (включая терапевтические

отделения) от ВТЭО держится на минимальных значениях: за 2015 год от ТЭЛА умерло 7, в 2016 – 6 и за 2017 – 7 человек. Таким образом, ВТЭО следует рассматривать как случайное осложнение для конкретного больного, но закономерное для больших групп пациентов. Исходя из этого, критически важным представляется не только правильное определение рисков и профилактика его развития до лечения, но и целенаправленный поиск этих осложнений после хирургического вмешательства, либо в процессе нахождения в стационаре (для отделений терапевтического профиля). Краеугольным камнем этого поиска является регламент выполнения ультразвукового сканирования глубоких вен нижних конечностей. Указанный подход к профилактике ВТЭО невозможно осуществлять без правильной фиксации показателей рисков и учета всех выполненных (и невыполненных) регламентируемых процедур в электронной медицинской документации. Все это осуществимо только при соответствующей мотивации и волевом решении администрации лечебного учреждения.

152. Размеры магистральных вен забрюшинного пространства в норме по данным магнитно-резонансной флебографии

Мазайшвили К.В., Климова Н.В., Дарвин В.В., Пендюрин М.С., Юхневич К.С., Аиткулов А.И., Чирков А.И.

Сургут

БУ ВО Сургутский государственный университет
ХМАО-Югры

В последнее десятилетие хирургия магистральных вен получила второе рождение благодаря внедрению эндоваскулярных методов лечения. Дезоблитерация нижней полой и подвздошных вен на сегодняшний день начинает становиться рутинной процедурой для многих клиник. В этой связи хирургия испытывает острую потребность в информативном и безопасном методе исследования магистральных вен, расположенных выше пупартовой связки, который можно применять пациентам на амбулаторном этапе. По нашему мнению, таким методом может стать

бесконтрастная магнитно-резонансная флебография. В то же время в литературе недостаточно описания нормальной анатомии вен брюшинного пространства, а само понятие «нормы» размыто особенностями организма каждого отдельного человека. Отсутствие внятной нормы (выраженной в конкретных цифрах) неизбежно приводит к разногласиям, как в диагностике, так и в планировании оперативных вмешательств. Цель исследования – измерить площадь сечения нижней полой вены и общих подвздошных вен у пациентов без видимой патологии венозной системы. Материалы и методы: были проанализированы данные МР-флебографии 12 пациентов. Исследование производилось на магнитно-резонансном томографе производства Philips 1,5 Т. Все больные имели признаки хронических венозных расстройств нижних конечностей с клиническим классом С1 по международной классификации CEAP. Перед выполнением данного исследования всем пациентам выполнялось стандартное обследование, которое включало в себя сбор жалоб, анамнеза, проведение физикального осмотра и УЗИ вен нижних конечностей. Ни у одного пациента не было выявлено признаков нарушения венозного оттока из нижних конечностей. Результаты и обсуждение: из обследованных пациентов мужчин было 2. Для них средний возраст составлял 38 лет (27 и 50 лет). Поперечная площадь сечения нижней полой вены в 1 см выше слияния общих подвздошных вен для мужчин составила в среднем 292,1 мм² (от 283,0 мм² до 332,4 мм²). Размеры правой общей подвздошной вены на середине расстояния от места образования (место слияния наружной и внутренней подвздошной вен) до нижней полой вены для мужчин составили в среднем 224,7 мм² (от 213,5 мм² до 235,9 мм²). Размеры левой общей подвздошной вены у мужчин в аналогичной точке измерения составили в среднем 235,3 мм² (от 225,1 мм² до 245,4 мм²). Женщин в исследование было включено 10 человек. Их средний возраст составил 32 года (от 15 до 56). Поперечная площадь сечения нижней полой вены в 1 см выше слияния общих подвздошных вен для них составила в среднем 227,8 мм² (от 144,5 мм² до 367,5 мм²). Размеры правой общей подвздошной вены на середине расстояния от места образования (место слияния наружной и внутренней подвздошной вен) до нижней полой вены для женщин составили в среднем 126,3 мм² (от 46,0 мм² до 221,2 мм²). Размеры левой общей подвздошной вены у мужчин в аналогичной точке измерения составили в среднем 188,3 мм² (от 103,9 мм² до 234,2 мм²). Следует отметить, что до сих пор не

существует понятия «гемодинамически значимого стеноза» применительно к венам. Это связано с тем, что вены чрезвычайно легко меняют площадь своего просвета под воздействием даже незначительных внешних воздействий. После определения размеров вен и их расположения в пространстве строилась 3D модель. Следующим этапом, через полученную модель пропускалась виртуальную жидкость. Получаемые скоростные и объемные показатели, а также зоны турбулентности фиксировались. Таким образом, полученные данные дают основание сделать заключение, что МРТ-флебография является достаточно информативным методом скрининга состояния нижней полой вены и ее крупных притоков. Этот метод имеет большие перспективы для клинической практики. Она позволяет не только прижизненно и неинвазивно весьма точно оценить анатомию венозной системы, но и моделировать гемодинамику в этих венах. Возможности 3D моделирования сулят нам, хирургам, поистине фантастические перспективы, прежде всего в отработке множества вариантов хирургического вмешательства на виртуальной модели венозной системы конкретного пациента перед реальным вмешательством.

153. Современные методы диагностики и хирургическое лечение пациентов с трудно диагностируемыми новообразованиями тонкой кишки

*Старков Ю.Г., Выборный М.И., Джантуханова С.В.,
Замолодчиков Р.Д., Лукич К.В., Кирюхина Е.С.*

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Министерства Здравоохранения РФ

Введение. На долю опухолей тонкой кишки приходится 0,5-3,5% всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Опухоли тонкой кишки чаще отмечаются в возрасте 40-50 лет с одинаковой частотой у мужчин и женщин, очень редко встречаются у детей. Доброкачественные опухоли тонкой кишки в основном локализируются в двенадцатиперстной и подвздошной кишке, в то время как злокачественные - в начальных участках тощей и в терминальных отделах подвздошной кишки. Злокачественные опухоли тонкой кишки

составляют 0,1% всех опухолей. Диагностика опухолей тонкой кишки достаточно трудна и правильный диагноз до операции устанавливается редко. Диагностические ошибки связаны с недостаточным обследованием больных или неправильной интерпретацией полученных данных, а также наличием осложнений, препятствующих использованию специальных методов исследования. До недавнего времени ведущая роль в диагностике новообразований тонкой кишки принадлежала лучевым методам исследования, которые позволяют поставить правильный диагноз у 40-60% больных. В настоящее время наиболее информативными и современными методами исследования являются видеокапсульная и двухбаллонная энтероскопия. Материалы и методы. С марта 2002 года по настоящее время в Институте хирургии им. А.В. Вишневского сотрудниками хирургического эндоскопического отделения обследовано 632 пациента с заболеваниями тонкой кишки. У 81 больного диагностированы новообразования тонкой кишки различной локализации. 67 пациентам с целью морфологической верификации и топической диагностики выполнена двухбаллонная интестиноскопия. Из них 58 пациентов оперировано из открытого или лапароскопического доступов с выполнением резекционных вмешательств на тонкой кишке. Методика и техника. Видеоканулярная энтероскопия выполнялась с помощью системы фирмы Given, Израиль, капсулами PillCam 1, 2 или 3 поколений. Двухбаллонная энтероскопия выполнялась энтероскопом фирмы Fujinon, Япония. С целью полного осмотра желудочно-кишечного тракта интестиноскопия выполнялась как антеградным, так и ретроградным доступами. Оперативное лечение пациентов с верифицированным новообразованием тонкой кишки заключалось в выполнении резекции участка тонкой кишки, несущей опухоль с формированием первичного межкишечного анастомоза из открытого или лапароскопического доступов. Результаты. Средняя продолжительность интестиноскопии: 128 + 32 мин. Средняя продолжительность операций по резекции тонкой кишки: 142 + 28 мин. Осложнений не было. Течение послеоперационного периода во всех случаях так же без осложнений. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на 8 + 1 день. Заключение. Таким образом, основываясь на собственном опыте, стоит отметить, что хирургическое лечение пациентов с трудно диагностируемыми новообразованиями тонкой кишки должно выполняться после

предварительного видеоканулярного исследования тонкой кишки и энтероскопии.

154. Результаты адекватного лечения билиарного панкреатита

Дибиров М.Д., Косаченко М.В.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Патология желчных путей является причиной острого панкреатита у 30-35% больных. Под наблюдением в течение последних 5 лет находилось 200 больных с билиарным панкреатитом. Из которых 108 – основной группы и 92 – контрольной. Причиной билиарного панкреатита были: холедохолитиаз – 152(76%), острый калькулезный холецистит – 38 (19%), стриктура дистального отдела общего желчного протока 10(5%). При поступлении: легкая степень тяжести по APACHE-II была у 32 (16%), средняя тяжесть 88(44%), тяжелое состояние у 80(40%). При ретроспективном анализе установлено, что в отличие от острого панкреатита алиментарного и алкогольного генеза, при билиарном панкреатите имеются особенности: 1. Неуклонный рост заболеваемости билиарным панкреатитом с 2008 по 2016 годы заболеваемость выросла с 18% до 36%, что связано с улучшением диагностики, в связи с внедрением современных аппаратов УЗИ, КТ и МРТ-холангиографии, ЭРХПГ; 2. Позднее поступление (позднее 24 часов) 70% больных в стационар в связи с интерпретацией болевого синдрома желчной коликой. 3. Частое (у 58%) обнаружение острых эрозий и язв в желудке и двенадцатиперстной кишке. 4. Наличие билиарной и панкреатической гипертензий, требующих экстренной хирургической коррекции. 5. При неадекватной санации желчных путей часто отмечается рецидив панкреатита. 6. Часто тяжелое течение в связи с патологией 2-х органов: желчных протоков и поджелудочной железы. У всех больных основной группы (n-108) с билиарным панкреатитом выполнены следующие малоинвазивные вмешательства: лапароскопическая санация брюшной полости и сальниковой сумки - 90 (83%), ЭПСТ с литоэкстракцией - 74 (68%), ЭПСТ-стенотомия холедоха - 20 (18%), холецистостомия - 19 (18%),

холангиостомия - 6(5%), срочная лапароскопическая или холецистэктомия через мини-доступ -12(10%), стентирование главного панкреатического протока - 82(76%). Миниинвазивные хирургические вмешательства при билиарном панкреатите проводили на фоне комплексной терапии: антибиотикопрофилактика (фторхинолонами) инфицирования, раннего назоэнтерального лаважа и нутриционной поддержки через назоюнальный зонд, лечения синдрома кишечной недостаточности, введения гепатопротекторов (по показаниям), больших доз октреотида (600 мкг/с. и 1200мкг/с. при среднетяжелом и тяжелом течении соответственно), инфузионной терапии 40-70 мл/кг/сутки, экстракорпоральной детоксикации при тяжести АРАСНЕ - II больше 15-16 баллов. В зависимости от органной дисфункции и коморбидности проводилась их адекватная коррекция. В контрольной группе проводилась стандартная инфузионная, антибактериальная и антисекреторная терапия обычными дозами. Из 108 пациентов средней и тяжелой степени купировать деструктивно-воспалительный процесс на фазе токсемии и стерильного панкреонекроза удалось у 88 (81%), от панкреогенного шока умерло 4 (4%). Инфицирование панкреонекроза наступило у 16 (15%) из 104. От осложнений инфицированного панкреонекроза и сепсиса умерло 2 (12,5%) из 16. В контрольной группе инфицирование наступило у 26%, из которых умерло 25%. Таким образом, своевременно выполненные малоинвазивные вмешательства на фоне целенаправленной и адекватной комплексной терапии позволяют значительно улучшить результаты

155. Проблемы антибиотикорезистентности в хирургии

Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н.

Москва

РАСХИ, МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Проблема антибиотикорезистентности стала особенно актуальной и тревожной в XXI веке. В большинстве регионов мира, в том числе и в России. получили широкое распространение нозокомиальные штампы микроорганизмов,

характеризующиеся устойчивостью к большинству антимикробных препаратов (АМП) (полирезистентность), а иногда и ко всем (панрезистентность). В стационарах России традиционно преобладают резистентные стафилококки (MRSA) и энтеробактерии, устойчивые к цефалоспорином в результате продукции бета-лактамаз широкого профиля. В последние 10 лет в отделениях реанимации стала тревожной ситуация с ацинетобактериями, которые стали доминирующими возбудителями нозокомиальных инфекций со слабой чувствительностью к большинству антибиотиков, включая карбапенемы. С другой стороны на рынке отмечается количественная и качественное снижение новых АМП. Причины антибиотикорезистентности: 1. Повышение глобальной доступности антибиотиков в аптечной сети. 2. Неконтролируемые (без рецепта) продажи. 3. Широкое применение антибиотиков в животноводстве, как пищевые добавки. Широкое употребление (80 % антибиотиков) в сельском хозяйстве. 4. Огромный выброс антибиотиков в окружающую среду из фармацевтических предприятий со сточными водами. 5. Не выполнение инструкции по препарату, недостаточные дозировки и длительности применения. 6. Госпитальные штаммы и нозокомиальные инфекции. Установлено, что 50% антибиотиков для людей не нужны и непоказаны. Для снижения темпов появления резистентных бактерий: 1. Соблюдение Государственной и международной программ по надзору, контролю профилактики резистентности к антибиотикам. 2. Разработка и использование методов для изучения свойств резистентных микробов. 3. Ускоренное создание новых эффективных антибиотиков. 4. Разработка локальных больничных формуляров и контроль назначения антибиотиков специалистами по фармакотерапии. Что делать? 1. Использовать антибиотики только в том случае, когда они назначаются врачами по строгим показаниям. 2. Соблюдать предписанный врачом и инструкцией режима принятия антибиотиков, даже после улучшения состояния (не менее 72ч) 3. Назначение только тех антибиотиков, которые показаны и эффективны для лечения данной патологии с учетом чувствительности. При назначении антибиотиков необходимо соблюдать пять правил: 1. Правильный пациент (дисциплинированный); 2. Правильное лекарственное средство (по строгим показаниям); 3. Правильная доза в зависимости от тяжести инфекции; 4. Правильный способ применения с учетом нозологии; 5. Правильное время (длительность). Неадекватность АБТ: 1.

Выбранная терапия не эффективна в отношении предполагаемого или выделенного возбудителя. 2. Выбранная доза не соответствует тяжести инфекции. 3. Нет достаточной пенетрации (проникновения) в ткани. 4. Возникают нежелательные осложнения. 5. Несовместимы с другими лекарствами. На сегодняшний день при антибиотикорезистентности наиболее эффективны: 1. Карбапенемы 2. Ванкомицин 3. Цефтаролин - цефалоспорин V поколения 4. Тигециклин – тетрациклиновый ряд 5. Оксазолидоны: тедизолид, далбаванцин, оритаванцин, телаванцин. 6. Даптомицин – первый представитель нового класса антибиотиков из циклических липопептидов. Активен в отношении грамположительной флоры.

156. Стратегия лечения перитонита в условиях нарастающей микробной резистентности

Хачатрян Н.Н., Дибиров М.Д., Карсотьян Г.С., Исаев А.И.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, РАСХИ.

Нарастающая микробная резистентность при лечении распространенного перитонита остается одной из самых актуальных проблем сохранения высокой летальности и большого количества гнойно-септических послеоперационных осложнений. Безусловно, адекватное оперативное вмешательство с полноценной санацией очага инфекции является непременным условием эффективности последующих мероприятий, направленных на уничтожение микроба и ликвидацию последствий его пребывания в организме. В ряде случаев и при адекватном оперативном вмешательстве исход заболевания оказывается неблагоприятным, что в значительной степени зависит от недооценки мультирезистентной микробной флоры. Известно, что адекватная стартовая антибактериальная терапия снижает летальность в два раза. Вместе с тем, в условиях непрерывного роста резистентной флоры во всех странах, обусловленным в том числе, и чрезмерным потреблением антибиотиков, деэскалационная терапия на современном этапе не приемлема. Для снижения селекционного давления

и улучшения экологии в стационаре необходимо использование препаратов с активностью против резистентных штаммов только там, где есть факторы риска присутствия резистентной флоры. Поскольку мультирезистентные штаммы перестали быть сугубо внутрибольничными, часть больных поступает в стационары с «уличной» резистентной флорой. Важно определить критерии, по которым мы можем заподозрить резистентные штаммы и начать эмпирически адекватную антибактериальную терапию. Под нашим наблюдением находилось более 700 больных с перитонитом, которым проведен ретроспективный анализ. Проанализированы факторы риска по стратификационной шкале Carmelli и сопоставлены полученные данные с результатами бактериологического исследования в рамках программы РАСХИ. Факторами риска явились возраст, тяжелые сопутствующие заболевания, наличие госпитализаций (особенно в ОРПТ), оперативных вмешательств и курсов антибактериальной терапии в анамнезе, давность заболевания и др. В I группе больных, без факторов риска мультирезистентной флоры, из очагов инфекции выделена E.coli в 47,1% и Enterococcus - в 17,6%. Уровень БЛРС продуцирующих штаммов минимален. Во второй группе больных, с факторами риска БЛРС-продуцирующих энтеробактерий, выделена E.coli в 24,7%, Enterococcus faecalis - в 14,3%, Pseudomonas - в 7,8%, Enterobacter cloacae - в 7,1%. В III группе больных преобладали резистентные штаммы E.coli и неферментирующие бактерии - Acinetobacter и Pseudomonas aeruginosae. Неадекватность стартовой эмпирической терапии составила 36%. Кроме того, у больных III группы в 36% имелась бактериемия, в том числе MRSA штаммами. В связи с этим появляется необходимость эмпирически назначать анти-MRSA препаратов больных с высоким риском. Возможность наличия резистентной флоры по клиническим факторам риска существенно расширяет возможности стартовой эмпирической терапии. Эта тактика позволяет использовать антибактериальные препараты с активностью против проблемных госпитальных штаммов только при наличии факторов риска мультирезистентной флоры. Повышая эффективность эмпирической стартовой антибактериальной терапии снижается вероятность неблагоприятного течения послеоперационного периода. Кроме снижения летальности и количества послеоперационных осложнений, выбор антибактериальной терапии по факторам риска мультирезистентной флоры улучшает экологию в стационаре. Предложенная концепция нашла отражение в больничном

формуляре с постоянным обновлением его в зависимости от данных локального микробиологического мониторинга в стационаре.

157. Принципы антибиотикопрофилактики в хирургии

Дибиров М.Д.

Москва

РАСХИ, МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

Хирургические инфекции являются тяжелой ситуацией для пациентов, хирургов, реаниматологов, химиотерапевтов, организаторов здравоохранения из-за затрат летальности. Доказано, что низкий уровень здравоохранения приводит к росту инфекционных хирургических осложнений. У 5-10% госпитализированных и оперированных больных отмечаются инфекционные осложнения, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии назокомиальная инфекция 5-10 раз выше, чем в чистых хирургических отделениях. Потребность антибиотикотерапии в этих случаях возрастает 10 раз. Наиболее часто в этих случаях используются антибиотики широкого действия, либо комбинации антибиотиков нескольких групп, вызывая устойчивость внутрибольничных возбудителей к антимикробным средствам. Опасна грибковая госпитальная инфекция, которая в настоящее время составляет 10% от всех инфекционных осложнений. Также значительно возросла роль MRSA резистентных, микробов и бактериоидов. Исходом инфекционных осложнений становится SIRS и сепсис с летальностью 40-70%. В профилактике хирургических инфекций важное значение имеют: санитарно-гигиеническое состояние хирургических стационаров, предоперационный уровень питания, отсутствие иммуносупрессии, подготовка кишечника, строгое соблюдение принципов асептики и антисептики и др. В послеоперационном периоде важны состояние белкового обмена, иммунного статуса, раннее энтеральное питание, адекватное дренирование и др. Неотъемлемым вопросом при хирургических операциях является рациональная и эффективная антибиотикопрофилактика. Цель: эффективное

снижение количества послеоперационных осложнений рациональным использованием антибактериальных препаратов (антибиотикопрофилактикой или антибиотикотерапией). Для достижения цели необходимо учитывать: I Классификацию ран. 1. Чистые – антибиотикопрофилактика. При нескольких факторах риска - антибиотикотерапия. 2. Условно - чистые (условно -контаминированные) – антибиотикопрофилактика. При существенных факторах риска – антибиотикотерапия. 3. Загрязненные (контаминированные) – антибиотикотерапия. 4. Грязные – наличие сопутствующей инфекции – антибиотикотерапия. II Определить эффективную схему профилактики: 1. Рабочую 2. Резервную III Факторы риска, которые необходимо учитывать 1. Коморбидность 2. Иммуносупрессия 3. III-V степени операционно-анестезиологического риска по ASA 4. Анатомическая область, в которой проводится оперативное вмешательство и уровень кровоснабжения органа и тканей. 5. Длительность и травматичность операции 6. Значительная кровопотеря в зависимости от возраста. 7. Другие факторы риска: - возраст, курение, алкоголизм, нарушения питания, ожирение, метаболический синдром. 8. Сахарный диабет. 9. Онкозаболевания. IV Путь введения. Предпочтительно для профилактики инфекции выбрать внутривенное болюсное введение антибиотика. V Кратность введения. 1. За 30-60 минут до разреза кожи в/в болюсно. 2. При оперативных вмешательствах длительностью более 3-4 часа и с кровопотерей необходимо повторное интраоперационное введение или послеоперационное введение 1 раз. VI Антибиотикопрофилактика должна охватывать наиболее часто встречающиеся микробы: - Staphylococcus (St) aureus, St epidermidis, Streptococcus spp, Enterobacteriaceae: E. coli, Proteus spp, Klebsiella spp, анаэробы - при операциях на толстой кишке и органах малого таза. VII В рабочей схеме наиболее часто применяют: цефалоспорины II и III поколений с цефазолин 1 -2г. в/в, цефуроксим 1,5 г. в/в., амоксицилин (клавуланат 1-1,2г., цефоперозон) сульбактам_ 1,5г. в/в и др. При урогинекологических операциях – фторхинолоны II и III поколений: цiproфлоксацин, офлаксацин и др. VIII Для резервной схемы: ванкомицин 1г. в/в, цiproфлоксацин 0,5-1 г в/в+ метронидазол 0,5г в/в, клиндамицин 1,5г в/в, карбапенемы, линезолид, тигециклин, оксазолидоны. Для профилактики достаточно введение антибиотиков в течение 24 ч, при радикальном санированном очаге инфекции. При грязных ранах проводится полноценная послеоперационная антибиотикотерапия с учетом

микробного пейзажа, чувствительности, локализации очага, дисфункции органов и систем. Применение карбапенемов для профилактики нецелесообразно. Их надо применять при лечении тяжелых инфекций после операции. Полусинтетические пенициллины: амоксициллин, амоксициллин/ клавуланат – ингибитор бета-лактамаз по 1-1,2г/с в/в.

158. Опыт лечения абдоминального компартмент-синдрома после герниопластики

*Корольков А.Ю., Саврасов В.М., Китаева М.А.,
Афанасьев А.А, Байсиев А.Х.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО "ПСПБГМУ им. акад. И.П Павлова"
Министерства здравоохранения РФ

Оперативное лечение пациентов с большими и гигантскими послеоперационными грыжами по сей день относится к числу наиболее сложных проблем хирургии. Основным отягчающим моментом при лечении больших послеоперационных грыж является повышение уровня внутрибрюшного давления при погружении грыжевого содержимого в брюшную полость и сшивании грыжевых ворот, и как следствие, возможное развитие компартмент-синдрома. Пациентка И, 63 лет в течение 15 лет страдает рецидивной послеоперационной вентральной грыжей. Причиной обращения за медицинской помощью послужили кровотечения из варикозно-расширенных вен на коже над грыжевым выпячиванием в связи с постоянной травматизацией, снижение качества жизни из-за гигантских размеров грыжи. На момент поступления размеры грыжевого выпячивания в положении стоя 57x40 см., в положении лежа оно в брюшную полость невправимое. Кожа над грыжевым выпячиванием имеет трофические изменения и варикозно-расширенные вены. Из сопутствующих заболеваний у пациентки гипертоническая болезнь II ст, риск ССО 3.СН II фн.кл; хронический бронхит, вне обострения; ожирение II ст. 23.09.17 выполнено устранение послеоперационной рецидивной гигантской вентральной грыжи с пластикой In-lay сетчатым эндопротезом «Линтекс». Был выбран поперечный доступ над грыжевым выпячиванием.

Также выполнен тотальный адгезиолизис. Во время оперативного вмешательства отклонений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы зафиксировано не было. На продленной вентиляции легких пациентка была доставлена в отделение реанимации, где через 4 часа от момента окончания операции была экстубирована. Однако через 3 часа, в связи с развитием острой дыхательной недостаточности потребовалась повторная интубация. Дифференциальная диагностика дыхательной недостаточности проводилась между тромбоэмболией легочной артерии, острым инфарктом миокарда (ОИМ), пневмонией, абдоминальным компартмент-синдром. При МСКТ органов грудной клетки выявлена инфильтрация в дорсобазальных отделах легких, лимфаденопатия, без признаков тромбоэмболии. Данных за ОИМ по результатам ЭКГ, тропонинового теста, ЭХО-КГ также не получено. Внутрибрюшное давление 11 mmHg не позволяло достоверно судить о развитии АКС. Тяжесть состояния пациентки на протяжении 4х дней расценивалось как стабильно тяжелое, связанное с развившейся в послеоперационном периоде пневмонией. Однако на 5-е сутки отмечен обильный сброс желудочного содержимого по назогастральному зонду. Появились подозрения на развитие острой кишечной непроходимости. Отмечено повышение внутрибрюшного давления до 20 mmHg. Принято решение о выполнении лапаротомии. Под наркозом выполнена верхне-средняя лапаротомия. При ревизии выявлено, что петли тонкой кишки расширены на всем протяжении от связки Трейца до купола слепой кишки до 4-х см. в диаметре, тонкая кишка не перистальтирует, сероза блестящая, очагов некроза нет. Данная интраоперационная находка расценена как паретическая кишечная непроходимость. Пульсация верхней брыжеечной артерии сохранена. Толстая кишка- не изменена. С целью декомпрессии тонкой кишки выполнена назогастроинтестинальная интубация, в брыжейку тонкой кишки введен новокаин, ушита только кожа. Через 12 часов выполнена программированная лапаротомия- при которой выявлено, что тонкая кишка нежизнеспособна, багрово-синюшного цвета, не перистальтирует, сероза ее тусклая, в брыжейке визуализируются тромбированные вены- субтотальный мезентериальный тромбоз, что было подтверждено в последующем данными гистологического исследования. Выполнена резекция тонкой кишки проксимально в 10см от связки Трейца и дистально в 80 см от илеоцекального угла. Проксимальный и дистальный концы тонкой кишки заглушены, оставлены

свободно в брюшной полости без формирования анастомоза. Швы на кожу. Через 12 часов программированная релапаротомия органов брюшной полости, при которой выявлены жизнеспособные проксимальный и дистальный участки тонкой кишки. Учитывая данный факт был сформирован энтеро-энтероанастомоз и восстановлена непрерывность тонкой кишки. Передняя брюшная стенка ушита послойно. После данных операций внутрибрюшное давление снизилось до 10 mmHg. На 7-е сутки пациентка переведена на самостоятельное дыхание. На 10-е сутки в стабильном состоянии переведена на хирургическое отделение. На 17 сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Данный клинический случай показывает, что развитие АКС на ранних этапах бывает установить довольно сложно. После вправления в брюшную полость органов из грыжевого мешка уменьшается объем брюшной полости, повышается внутрибрюшное давление, что приводит к возникновению синдрома длительного сдавления органов брюшной полости, и как следствие развития абдоминального компартмент-синдрома. Выбор такой хирургической тактики как «second look», позволил максимально достоверно определить границы некроза тонкой кишки, в последующем сформировать энтеро-энтероанастомоз и предотвратить его несостоятельность. Верхнесрединная лапаротомия и интубация тонкой кишки способствовало невелированию АКС, однако развившийся патологический процесс привел к мезентериальному тромбозу по венозному типу и некрозу тонкой кишки. В случае развития у пациентов АКС, сопровождающееся парезом тонкой кишки целесообразно выполнять лапаротомию с интубацией кишки в наиболее ранние сроки, что позволит избежать такого грозного осложнения как некроз кишки. Лапаротомная рана до момента купирования АКС закрывается только кожными швами. У пациентов с риском развития абдоминального компартмент-синдрома необходимо проводить регулярный мониторинг ВБД.

159.Изменения гемокоагуляции, особенности лечения и его исходы у лиц старшей возрастной группы с рецидивами острых гастроуденальных язвенных кровотечений

*Белик Б.М. (1), Скорляков В.В. (1),
Подина М.В. (1, 2), Баев О.В. (1), Кесян С.С. (1)*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Частота рецидивов острых гастроуденальных язвенных кровотечений (ОГДЯК) в стационаре до настоящего времени колеблется от 8,9 до 20% и более, а показатели общей и послеоперационной летальности при рецидивной геморрагии могут достигать по разным данным уровня 15,2% и 50% соответственно. При этом наблюдается тенденция к увеличению с возрастом пациентов частоты рецидивирования ОГДЯК, что нередко имеет фатальные последствия для больных старших возрастных групп, учитывая низкую толерантность пожилых лиц и стариков к кровопотере. В этой связи представляется важным изучение изменений со стороны системы гемокоагуляции у этой категории пациентов, а также разработка наиболее оптимальной лечебной тактики, включая использование методов консервативного, в том числе эндоскопического гемостаза, и различных вариантов оперативного лечения. Цель исследования: изучить изменения гемокоагуляции и определить наиболее оптимальную тактику лечения у пациентов старшей возрастной группы с рецидивами ОГДЯК. Материал и методы. Анализ клинических наблюдений включает 267 больных с ОГДЯК пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период с 1997 по 2017 гг. Это составило 29,8% от числа всех больных с ОГДЯК, госпитализированных в клинику за указанный период. У 188 (70,4%) пациентов возраст варьировал от 60 до 74 лет и у 79 (29,6%) – от 75 лет и старше. Источником кровотечения у 55 (20,6%) пациентов являлись каллезные язвы, у 109 (40,8%) – острые язвы, у 88 (33,0%) - НПВП-индуцированные язвы и у 15 (5,6%) – хронические язвы. Из 267 пациентов старшей возрастной группы у 35 (13,1%) был отмечен рецидив кровотечения в стационаре. Морфологическим субстратом рецидивирования

геморрагии у 25 (71,4%) больных являлись каллезные язвы, у 8 (22,9%) – острые и НПВП-индуцированные язвы и лишь у 2 (5,7%) пациентов – хронические язвы. У всех пациентов без рецидива и с рецидивом ОГДЯК исследовали показатели коагулограммы (протромбиновое время – ПТВ, активированное частично тромбопластиновое время – АЧТВ, международное нормализованное отношение – МНО, содержание фибриногена, D-димеров и растворимых фибрин-мономерных комплексов – РФМК). Все пациенты в полном объеме получали комплексную интенсивную терапию, включая внутривенное введение антисекреторных препаратов и медикаментозную гемостатическую терапию (аминометилбензойная кислота - амбен, динатон). Из 35 пациентов с возникшим рецидивом ОГДЯК 23 (65,7%) были оперированы в экстренном порядке в течение ближайшего часа после верификации факта повторного кровотечения (в том числе 1 больной после безуспешного повторного эндогемостаза). У 8 (22,9%) пациентов при рецидиве ОГДЯК с целью остановки кровотечения использовали различные методы эндогемостаза (ЭГ). Результаты и обсуждение. Установлено, что у пациентов старшей возрастной группы на высоте рецидива ОЯГДК выявлялись клинически значимые изменения со стороны системы гемокоагуляции. У данных больных на момент развития рецидивной геморрагии отмечались существенное повышение значений ПТВ ($19,8 \pm 1,6$ сек), АЧТВ ($66,2 \pm 3,6$ сек), МНО ($1,69 \pm 0,3$), снижение содержания фибриногена ($1,2 \pm 0,4$ г/л) и увеличение концентрации в крови D-димеров ($698,5 \pm 77,2$ нг FEU/мл) и РФМК ($4,86 \pm 0,4$ мг/100 мл). В этом случае рецидив кровотечения сопровождался резкой неуправляемой активацией процесса фибринолиза, что свидетельствовало о развитии гипокоагуляционной фазы ДВС-синдрома и приводило к ускоренному разрушению тромба в зоне язвенного дефекта тканей. Полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости включения у пациентов старшей возрастной группы с высокой угрозой рецидива ОЯГДК в программу медикаментозного лечения современной гемостатической фармакотерапии с использованием ингибиторов фибринолиза (амбен) и препаратов, ускоряющих процесс тромбообразования (динатон). При рассмотрении удельного веса рецидивировавших ОЯГДК различного генеза выявлена отчетливая тенденция к увеличению у пациентов старшей возрастной группы доли повторных геморрагий из каллезных и острых язв при одновременном снижении удельного веса рецидивирующих кровотечений из

хронических язв. Указанная закономерность являлась одним из факторов, определяющих выбор методов гемостаза у этой категории больных. У 22 пациентов при рецидиве ОЯГДК из каллезных язв, в связи с невозможностью получения устойчивого ЭГ производились экстренные оперативные вмешательства (у 3 – резекция желудка, у 12 – иссечение язвы и у 7 – прошивание язвы). У 1 пациента на фоне продолжающейся тяжелой геморрагии после безуспешного повторного ЭГ выполнено прошивание хронической кровоточащей язвы передней стенки желудка со стороны серозного покрова (без выполнения гастротомии) под контролем интраоперационной эзофагогастродуоденоскопии. У 7 пациентов с острыми и НПВП-индуцированными язвами и у 1 больного с хронической язвой при рецидиве ОЯГДК осуществляли повторный ЭГ. В связи с отсутствием у этих больных выраженного рубцового процесса в периульцерозной зоне предпочтение отдавали инъекционному методу ЭГ в комбинации с диатермокоагуляцией (либо аргоно-плазменной коагуляцией) или клипированием. При этом в 7 (87,5%) случаях получен стойкий гемостаз. Из 35 пациентов старшей возрастной группы с возникшим в стационаре рецидивом ОЯГДК 5 (14,3%) умерли без операции на фоне массивной кровопотери и декомпенсации сопутствующей патологии. Из 23 оперированных больных умерли 13 (послеоперационная летальность – 56,5%). Общая госпитальная летальность составила 51,4% (умерли 18 больных). Выводы. У пациентов старшей возрастной группы рецидив ОЯГДК сопровождается резкой активацией процесса фибринолиза с развитием неуправляемой гипокоагуляции, что является основанием для применения современной гемостатической фармакотерапии с использованием ингибиторов фибринолиза (амбен) и препаратов, ускоряющих процесс тромбообразования (динатон). У этой категории больных при рецидивной геморрагии из каллезных язв ведущим методом лечения должен являться оперативный гемостаз, при повторном кровотечении из острых и НПВП-индуцированных язв возможно достижение устойчивой остановки кровотечения при использовании комбинированного ЭГ. Общая летальность при рецидиве кровотечения у больных старшей возрастной группы (51,4%) превышает таковую во всей совокупности больных с ОЯГДК (9,9%) в 5,2 раза, послеоперационная летальность – в 2,7 раза (56,5% и 20,7% соответственно).

160. Комбинированная миниинвазивная методика хирургического лечения геморроя.

*Родман Г.В. (1,2) Шалаева Т.И. (1,2)
Чернер В.А. (1,2) Малушенко Р.Н. (1)
Корнев Л.В. (1,2)*

Москва

1) ГБУЗ ГКБ № 24 ДЗ Москвы. 2) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. В настоящее время в практической медицине применяется множество методов лечения хронического геморроя. Геморроидэктомия считается самым эффективным из них, но ее выполнение практически всегда сочетается с тем, что в послеоперационном периоде пациенты испытывают боль в зоне операции. Имеется также риск воспалительных осложнений, кровотечений, задержки мочи, рубцовых сужений анального канала. Преимуществом миниинвазивной методики HAL-RAR, которая сочетает дезартеризацию узлов путем прошивания геморроидальных артерий с лифтингом слизистой анального канала является тот факт, что она воздействует на сосудистый фактор развития геморроя и имеет низкий риск осложнений. Однако она сопровождается относительно высокой частотой рецидивов. Деструкция геморроидальных узлов с помощью лазера основана на интерстициальном нагреве кавернозной ткани узла, что приводит в дальнейшем к его склерозированию. К преимуществам этого метода относятся бескровность и кратковременность процедуры, быстрое восстановление и возвращение пациента к привычному образу жизни. Однако эффективность изолированного использования лазерной деструкции при III стадии не высока. Цель. С целью улучшения результатов хирургического лечения геморроя был разработан комбинированный метод лечения, объединяющий шовную дезартеризацию геморроидальных узлов с лазерной деструкцией узлов. Была выполнена сравнительная оценка эффективности, безопасности и переносимости этого метода, обычной технологии HAL-RAR и классического оперативного вмешательства. Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов в возрасте от 25 до 82 лет с хроническим геморроем II и III стадии, в лечении которых применялись данные методики. Группы не имели достоверных различий по возрасту, половому составу и стадии заболевания. Все больные были обследованы до операции по

стандартной схеме, которая включала ректальный осмотр, ректоскопию, профилометрию, колоноскопию и ультразвуковое исследование геморроидальных артерий. Геморроидэктомию выполняли с применением линейного степплера УДО-38. При выполнении HAL-RAR использовали аппарат А.М.И. HAL-Doppler System, методику HAL-лазер выполняли по собственным разработкам. Вапоризацию выполняли с помощью программируемого хирургического аппарата «МИЛОН ЛАХТА» с длиной волны 810 нм. Время воздействия рассчитывалось индивидуально. После операций всем пациентам назначалась стандартная терапия, включающая в себя прием вазелинового масла и детралекса. Анальгетики применялись по показаниям. Антибактериальная терапия в стандарте не назначалась. Результаты. Интенсивность болей в послеоперационном периоде оценивали по шкале ВАШ. УЗАС ветвей верхних геморроидальных артерий выполнялось до операции, на 3-4 сутки после операции и через 3 месяца. Сравнительная оценка переносимости исследованных методов лечения геморроя показала, что выраженность и продолжительность болевого синдрома после HAL-лазер не увеличивалась по сравнению с традиционной применяющейся миниинвазивной методикой HAL-RAR и была достоверно меньше, чем после геморроидэктомии. Скоростные показатели кровотока сразу снизились после геморроидэктомии, и возросли после HAL – RAR и HAL – лазер. Это связано, вероятнее всего с послеоперационными воспалительными изменениями в зоне воздействия миниинвазивных методик. Но к 3-му месяцу скоростные показатели кровотока после HAL – лазер снизились ниже исходных, а после HAL – RAR они снизились до исходного значения. При этом сроки временной нетрудоспособности не отличались от таковых при применении HAL-RAR и в среднем были на 4 суток меньше, чем при выполнении пациентам геморроидэктомии. Выводы. Таким образом, комбинированная методика HAL-лазер лишена недостатков традиционного хирургического лечения и обладает высокой эффективностью при лечении хронического геморроя II-III стадии, при этом являясь безопасной и хорошо переносимой для пациентов.

161. Прогнозирование острого послеоперационного панкреатита

Брехов Е.И., Калинин В.В., Сычев А.В.

Москва

ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия" Управления делами Президента Российской Федерации, кафедра хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии

Цель исследования: Изучить возможность прогнозирования развития острого послеоперационного панкреатита (ОПП) у пациентов, перенесших интраоперационную травму поджелудочной железы (ПЖ) и значение изменений активности системы гемостаза в развитии полиорганной недостаточности (ПОН) у больных с ОПП. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 139 больных, из них мужчин – 83 и женщин – 56. Средний возраст 54,68 лет. Для определения изменения активности системы гемостаза исследовали показатели уровня тромбоцитов, АДФ-агрегацию тромбоцитов, показатель R+K по тромбоэластограмме, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс, антитромбина III (АТ-III), ФПА, D-димера, ПДФ, фибринолитическую активность крови. Ещё на дооперационном этапе у больных с развившимся в последующем послеоперационным панкреатитом наблюдаются явления активации системы гемостаза. На основании лабораторных данных и клинической картины можно сделать вывод о формировании у больных с ОПП гиперкоагуляционной стадии синдрома ДВС. При анализе показателей системы гемостаза имеются достоверные различия между уровнем D-димера на 1-е сутки после операции. На 3-и сутки у больных с развитием ОПП и неблагоприятным исходом регистрировали достоверное уменьшение количества тромбоцитов, снижение ПТИ. Вместе с тем, показатели, отражающие образование тромбина и лизис фибрина достоверно превышали таковые у больных с благоприятным исходом. В 1-е сутки послеоперационного периода у больных ОПП наблюдаются достоверные различия в содержании D-димера в зависимости от исхода болезни, а также положительная корреляционная зависимость между тяжестью состояния пациентов и уровнем D-димера в плазме. Выявленное в 1-е сутки после операции у больных ОПП повышенное содержание D-димера в плазме отражает отложение фибрина в

микроциркуляторном русле и его разрушение в условиях протекания синдрома ДВС. Это является важным фактором развития ПОН у больных с перитонитом. Результаты: определены факторы риска развития ОПП после вмешательств на ПЖ. Определены два основных направления при прогнозировании ОПП на дооперационном этапе. Это возможность повреждения поджелудочной железы во время хирургического вмешательства и имеющаяся у пациента фоновая готовность поджелудочной железы к развитию ОПП. В результате сформирована прогностическая таблица, позволившая распределить пациентов на группы без риска, низкого и высокого рисков развитие ОПП. Результаты практической проверки прогностической системы дали 97,2 % правильных результатов. Выводы: По результатам выполненного исследования создана система прогнозирования развития острого послеоперационного панкреатита. Выделены 3 прогностические группы: без риска развития острого послеоперационного панкреатита, с низким и высоким рисками развития. Изучена роль системы гемостаза в формировании полиорганной недостаточности у больных с острым послеоперационным панкреатитом. Уровень D-димера у пациентов, перенесших резекцию поджелудочной железы позволяет прогнозировать тяжесть развития острого послеоперационного панкреатита и полиорганной недостаточности.

162. Резекция желудка в условиях экстренной хирургии

*Гаджиев К.Н., Малафеев И.А., Кучин Ю.В.,
Антоян С.В., Мустафин Р.Д.*

Астрахань

Астраханский государственный медицинский университет, Александро-Мариинская Областная клиническая больница

С 2005 по 2017 гг. нами в связи с осложнениями язвенной болезни оперировано 468 больных: 387 мужчин и 81 женщина в возрасте от 19 до 83 лет. Резекция желудка выполнена 154 пациентам, органосохраняющие операции (ушивание перфорации, иссечение язвы, прошивание

кровотокащей язвы с упрощенным вариантом селективной желудочной ваготомии в сочетании с гастроэнтероанастомозом) – 314. В четырех наблюдениях возникла необходимость выполнения резекции желудка в раннем послеоперационном периоде после органосохраняющих операций: в трех случаях в виду несостоятельности (2) и кровотечения (1) после ушивания перфорации, в одном случае в связи с рецидивом кровотечения после прошивания язвы. Ретроспективно сделан вывод об исходной недооценке интраоперационной ситуации и недостаточной ревизии язвы. Трое больных были оперированы нами в связи с кровотечением из язвы анастомоза в отдаленные сроки (от 7 до 20 лет) после ранее выполненных резекций желудка, им выполнена перрезекция желудка по Ру. Среди 154 больных после резекции желудка послеоперационные осложнения III – IV степени по Dindon-Clavier развились у 20 больных. Несостоятельность культи 12-перстной кишки зарегистрирована у 3 больных. Послеоперационная летальность при экстренной резекции желудка составила 9,1% (14 пациентов), в 11 случаях она была обусловлена клинически значимой сопутствующей патологией. В группе пациентов, перенесших органосохраняющие операции, послеоперационные осложнения III – IV степени зарегистрированы у 49 больных. Летальный исход наступил в 42 случаях (13,3%), причины летальности – нарастание интоксикации на фоне тяжелой хронической патологии. Что касается техники выполнения резекции желудка, за последние 10 лет следует отметить тенденцию к переходу на атравматический и аппаратный шов, а также к более частому завершению операции У-образным анастомозом по Ру, особенно в случаях так называемой «трудной дуоденальной культи». Заключение. Резекция желудка при осложнениях язвенной болезни остается востребованной операцией, в ряде случаев отказ от ее выполнения по субъективным причинам утяжеляет течение послеоперационного периода и ухудшает результаты лечения.

163. Стратегия желчеотведения при синдроме механической желтухи

Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И., Мандриков В.В., Кондаков В.И.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоградский научный медицинский центр

Актуальность. Больные с хирургическими заболеваниями печени и внепеченочных желчных протоков, непроходимость билиарного тракта у которых сопровождается развитием синдрома механической желтухи (МЖ), составляют наиболее тяжелую группу пациентов. Несмотря на достигнутые успехи, обусловленные внедрением в клиническую практику минимально инвазивных методов желчеотведения и восстановления желчеоттока, хирургическая тактика в зависимости от этиологического фактора МЖ и уровня билиарного блока недостаточно точно определена. Материалы и методы. Объединены результаты хирургических, эндоскопических транспапиллярных и чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у 1548 больных с МЖ. Непроходимость желчных протоков и развитие МЖ были обусловлены доброкачественными заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) у 1117 пациентов. Злокачественные новообразования ГПБЗ диагностированы у 431 больного. Ведущим этиологическим фактором развития синдрома МЖ явились осложненные формы желчнокаменной болезни (ЖКБ) — 65,7% больных. Удельный вес доброкачественных некалькулезных причин развития синдрома МЖ в общей выборке составил 6,6%. Доля злокачественных образований в структуре этиологических факторов развития МЖ составила 27,7%. Наиболее часто встречались опухоли головки поджелудочной железы — 185 (11,9%) пациентов и опухоль Клатскина — 113 (7,3%) больных. Полученные результаты и обсуждение. Из 470 пациентов с ЖКБ, осложненной синдромом МЖ, 384 (81,7%) больным выполнили минимально инвазивные вмешательства, 86 (18,3%) — лапаротомные операции. Этапное лечение осложненного холелитиаза с применением малотравматичных технологий применили у 176 (37,4%) пациентов. Схемы этапных вмешательств были следующими: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)? лапароскопическая

холецистэктомия (ЛХЭ) — 69 пациентов, назобилиарное дренирование (НБД)?ЭПСТ?ЛХЭ — 58, баллонная гидродилатация (БГД) большого дуоденального сосочка?ЛХЭ — 18, НБД?БГД?ЛХЭ — 13, НБД?ЭПСТ — 7, лапароскопическая холецистостомия (ЛХС)?ЭПСТ?ЛХЭ — 6, ЭПСТ с БГД?ЛХЭ — 5 больных. Этапные вмешательства, окончательной целью которых явилось осуществление внутреннего желчеотведения у 126 пациентов с опухолями ГПБЗ и синдромом МЖ, были представлены следующими схемами: НБД?эндоскопическое транспапиллярное стентирование (ЭТПС) — 52 больных, чрескожная чреспеченочная холангиостомия?антеградное стентирование — 20, НБД?гепатикоэнтероанастомоз (ГЭА) — 19, ЛХС?ЭТПС — 12, холецистостомия под УЗ-наведением?ЭТПС — 12, ЭТПС?ГЭА — 8, ЛХС?ГЭА — 3 пациента. Основным критерием выбора стартового вмешательства и далее определения сроков выполнения следующих этапов хирургической коррекции у пациентов с обтурационным холестазом считали степень тяжести синдрома МЖ по классификации Э.И. Гальперина (2014). При тяжести МЖ у пациентов с холелитиазом, соответствующей классу А, выполнение радикального эндоскопического транспапиллярного вмешательства (ЭТПВ) на первом этапе являлось безопасным. Наличие синдрома МЖ класса В и С считали показанием к выполнению наружного минимально инвазивного дренирования желчных протоков в качестве стартового этапа. При разрешении гипербилирубинемии, купировании явлений холангита, стабилизации общего состояния пациентов и изменении класса тяжести МЖ при динамической балльной оценке на классы А и В соответственно, вторым этапом выполняли ЭТПВ или формирование билиодигестивного анастомоза с восстановлением естественного пассажа желчи. Вывод. Таким образом, предложенные этапные тактические схемы вмешательств по обеспечению внутреннего желчеотведения по сравнению с одномоментным восстановлением желчеоттока позволили сократить число послеоперационных осложнений и снизить летальность до 4,7% у пациентов с синдромом МЖ различной этиологии.

164. Характеристика ожоговых больных при бактериемии

Спиридонова Т.Г., Меньшикова Е.Д., Жиркова Е.А., Лазарева Е.Б., Черненко Т.В., Меньшиков Д.Д.

Москва

ГБУЗ «НИИ скорой помощи
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность. Транзиторная бактериемия сопровождает течение ожоговой болезни и способствует развития сепсиса. Материал и методы. Изучены осложнения и исходы ожоговой болезни, и результаты микробиологического исследования гемокультур, полученных от 60 больных за 2015-2017 годы. Возраст больных составил 43 (33; 56) лет; мужчин было 41, женщин — 19. Среди пострадавших было 45 больных с общей площадью ожога (ОПО) 30 (20;45)% поверхности тела (п.т.), из которых глубоких — 10 (5;20)% п.т. Только поверхностные ожоги были у 13 больных (30 (22,5;37,5) % п.т.). У 2 больных была изолированная ингаляционная травма. Посевы крови брали при гипертермии свыше 38,50 С, соблюдая правила забора крови. Получено 100 проб крови. Бактериологическое исследование крови проводили с помощью автоматического анализатора гемокультур Bactec-9050. Идентификацию выделенных микроорганизмов выполняли с использованием автоматического микробиологического анализатора Walk Away-40. Выделено 114 штаммов микроорганизмов. О структуре выделенных микроорганизмов судили по показателю заражаемости — количеству больных с инфекционными процессами, протекающими с участием микроорганизмов различной таксономической принадлежности вне зависимости от кратности выявления возбудителя в динамике обследования. Описательная статистика количественных признаков представлена в формате Me (LQ; UQ), для сравнения групп использовали точный критерий Фишера (ТКФ), Манна-Уитни (М-У). Полученные результаты. Эпизоды гипертермии на фоне ожоговой болезни наблюдали с 4 по 98 сутки госпитализации. Из 60 больных у 53 диагностирована транзиторная бактериемия, а у 7 — сепсис (11,7%) с септическим эндокардитом (1), гнойным сфеноидитом (1), абсцедирующей пневмонией (1). Ожоговая болезнь протекала с осложнениями у 44 (73,3%): пневмония, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА, эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта,

псевдомембранозный колит, острый эпидидимит и др. У 16 больных (26,7%), несмотря на бактериемию, осложнений не было. Умерло 10 больных (16,7%). Причинами летальных исходов были: сепсис (5 больных), ТЭЛА (1), рак (1), пневмония (3). Развитие сепсиса статистически значимо увеличивало летальность (ТКФ; $p < 0,001$). Больные с сепсисом не отличались по возрасту и ОПО (М-У; $p = 0,079$ и $p = 0,203$ соответственно). В то же время площадь глубокого ожога у больных с сепсисом была статистически значимо больше (М-У; $p = 0,003$). Наиболее часто при микробиологическом исследовании выделяли *Staphylococcus spp.* (53,3% больных). Большую часть составили *Staphylococcus aureus* (40,0%). Из энтеробактерий в основном выделяли *Klebsiella spp.* (15,5%), значительно реже - *Proteus spp.* (3,3%). Суммарно показатель заражаемости для энтеробактерий составил 21,7%, для грамотрицательных неферментирующих микроорганизмов - 18,3%, среди которых наиболее часто встречались *Acinetobacter spp.* и *Pseudomonas spp.* у 10,0 и 6,7% больных соответственно. Для *Enterococcus spp.* - 18,3%. Значительно реже в крови пациентов обнаруживали дрожжеподобные грибы рода *Candida* (10,0%) и в единичных случаях – анаэробные микроорганизмы (3,3%). У умерших больных от сепсиса чаще встречали ассоциации микроорганизмов, состоящие из *Staphylococcus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Enterococcus spp.*, анаэробов и дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Обсуждение. По данным многих авторов стафилококки являются наиболее распространенными патогенами у ожоговых больных, а летальность от инфекций кровотока также совпадает с нашими данными. Выводы. Бактериемия является причиной развития сепсиса у 11,7% ожоговых больных, при этом площадь глубокого ожога является статистически значимой. Наиболее часто при бактериемии высевали *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.* и *Klebsiella spp.* В крови умерших больных от сепсиса чаще выделяли ассоциации микроорганизмов. Рекомендации. У больных с ожогами и ингаляционной травмой своевременное получение гемокультуры улучшит диагностику и лечение осложнений.

165. Оценка рисков осложнений бариатрических операций

*Давлетбаева Л.И., Анисимова К.А.,
Василевский Д.И., Баландов С.Г.*

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Актуальность проблемы Хирургическое лечение в настоящее время считается общепринятым и эффективным методом оказания помощи пациентам с избыточной массой тела и метаболическими нарушениями. Серьезной проблемой данной области практической медицины является тяжелый коморбидный фон пациентов, обусловленный развитием ассоциированных с ожирением заболеваний, и значительно повышающий риск осложнений оперативного вмешательства. Проведение индивидуальной оценки риска развития неблагоприятных событий после хирургического вмешательства является важным компонентом предоперационной подготовки пациентов с избыточной массой тела и метаболическими расстройствами (артериальной гипертензией, нарушениями углеводного и липидного обмена). Конечной целью прогнозирования осложнений является не отказ от оперативного вмешательства, а проведение профилактических или корригирующих лечебных мероприятий, снижающих вероятность их возникновения. Инструментом стратификации рисков развития негативных последствий является создание крупных клинических реестров и баз данных, позволяющих обнаружить факторы, качественно и количественно оценивающие возможность наступления подобных событий. В практической деятельности для оценки рисков развития послеоперационных осложнений обычно используются различные анкеты и шкалы, основанные на выявлении манифестных или латентных патологических состояний, и позволяющие выделить клинические группы пациентов с высоким, промежуточным и высоким риском. Группы риска формируются на основании суммы баллов по каждому анализируемому критерию, которые могут различаться в зависимости прогнозируемых нежелательных событий. При наличии отдельного оценочного критерия обычно начисляется 1 балл, при отсутствии - 0 баллов. Пациенты, набравшие максимальное количество баллов по шкале, составляют группу высокого риска. Цель исследования Оценить

достоверность и информативность различных шкал, применяемых для оценки рисков послеоперационных осложнений и летальных исходов, у пациентов с ожирением и метаболическими расстройствами. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения (развившихся послеоперационных осложнений) 95 пациентов, перенесших лапароскопические хирургические вмешательства по поводу избыточной массы тела и метаболических нарушений в ПСПбГМУ им. И.П.Павлова в период с 2004 по 2017 год. Спектр операций: еюно-илеостунтирование, желудочное шунтирование, продольная резекция желудка, регулируемое бандажирование желудка. Для стратификации рисков применялись шкалы: OS-MRS (смертность в течение 90 дней после операции), E. Livingston (летальный исход в послеоперационном периоде) и P. Turner (летальный исход, развившийся вследствие несостоятельности шва и инфекционных осложнений, ТЭЛА, пневмонии в раннем послеоперационном периоде). Результаты. В группу высокого риска по шкале OS-MRS вошли два пациента (2,1%), прогнозируемое осложнение развилось в одном случае (1,05%). При оценке по шкале E. Livingston высокий риск имелся в шести случаях (6,3%), однако реализовался только в двух (2,1%). Анализ по шкале P. Turner не выявил максимальное количество баллов ни в одном случае. В одном случае (1,05%) имело место не прогнозируемое ни по одной из использованных шкал фатальное осложнение, обусловленное массивной ТЭЛА. Выводы. Проведенный анализ продемонстрировал большую достоверность шкалы OS-MRS (по сравнению с таблицами H. Livingston и P. Turner) при определении вероятностных рисков развития послеоперационных осложнений у пациентов с избыточной массой тела и метаболическими нарушениями. Применение шкалы OS-MRS для прогнозирования потенциальных рисков в бариатрической и метаболической хирургии является оправданным и позволяет оптимизировать стратегию предоперационной подготовки. Внедрение в практику учреждений, занимающихся хирургическим лечением избыточной массы тела и ассоциированных с ней заболеваний, шкалы прогнозирования послеоперационных осложнений OS-MRS является одним из путей снижения частоты нежелательных послеоперационных событий.

166. АТРАВМАТИЧНАЯ ПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Акимов В.П., Волков А.М.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского

Актуальность. Герниопластика паховых грыж, является распространенной операцией и ежедневно выполняется во многих стационарах. В настоящее время уровень выполнения данного оперативного пособия достиг хорошего уровня, частота рецидивов значительно снизилась за последние 10 лет. Однако, актуальным вопросом остается улучшение качества жизни пациента после оперативного вмешательства. Жалобы пациента на послеоперационные боли, чувство инородного предмета в области установки сетчатого импланта остаются. Актуально применения безнатяжных и бесшовных методов фиксации сетчатого импланта должно снизить послеоперационные боли и ускорить восстановление пациента после герниопластики. Материал и методы. В обследовании участвовало 120 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 79 лет с косой паховой грыжей. Пациенты были поделены на 3 группы. Первая группа пациентов (n=40), получила оперативное пособие в объеме операции по методике Лихтенштейна с применением для фиксации сетчатого протеза отдельных узловых швов. Второй группе пациентов (n=40) получила оперативное пособие в объеме операции по методике Лихтенштейна с применением сетчатого протеза по методу Лихтенштейна, где для фиксации применялся гистоакриловый клей. Третья группа пациентов (n=40) получила оперативное пособие в объеме операции по методике Лихтенштейна с применением самофиксирующегося сетчатого протеза с «крючками» типа ProGrip. Оценивались результаты по оценивались на основании оценки жалоб больных, анамнеза жизни и заболевания, данных объективного осмотра и дополнительных методов обследования (УЗИ зоны операции, УЗДГ яичковой артерии). Результаты имплантации полимерных синтетических эндопротезов оценивались по следующим параметрам: рецидив заболевания, раневые осложнения (серома, гематома, инфильтрат, нагноение), компрессионно-ишемические осложнения (водянка оболочек яичка, пахово-генитальная невралгия), дискомфорт в области имплантации полимера.

Дополнительно проводился ультразвуковой мониторинг раны в сроки от одних суток до пяти лет после операции. УЗДГ яичковой артерии. Полученные результаты. Вторая и третья группа показали лучшие результаты. В данных группах был статистически значимо выявлено, что за счет снижения травматизации и ишимизации тканей болевой синдром ниже, частота и риск развития гематом и сером низкий. Выводы. Для обеспечения малотравматичной и качественной герниопластики по Лихтенштейну целесообразно использовать самофиксирующийся сетчатый имплант или полипропиленовые сетчатые эндопротезы с применением клеевой композиции.

167. БЕСШОВНЫЕ МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ В ОПЕРАЦИЯХ НА ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ, КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ИШИМИЗАЦИИ ТКАНЕЙ

Волков А.М., Акимов В.П., Крикунов Д.Ю.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра хирургии
им. Н.Д. Монастырского

Актуальность. В стационарах регулярно проводится герниопластика паховых грыж. В настоящее время значимая и большая часть данных вмешательств осуществляется по методике Лихтенштейна с установкой сетчатого полипропиленового импланта. В данной операции сетчатый имплант в подавляющей частоте фиксируется шовным материалом по периметру. Импланты на основе полипропилена фиксированные узловыми швами подвергаются деформирующему сморщиванию на 30-50% от исходной площади, уже с 4 недели после имплантации. В виду ишимизации повышает болевой синдром, риск развития сером. Имеются данные, что у мужчин после герниопластик является снижение уровня кровотока по яичковой артерии, что приводит к олигоспермии и снижению количественного состава сперматозоидов на 30-35% (Гвенетадзе Т.К. 2014). Материал и методы. В обследовании участвовало 45 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 79 лет с кистой паховой грыжей. Пациенты были поделены на 3 группы. Первая группа пациентов (n=15), получила оперативное пособие в объеме операции по

методике Лихтенштейна с применением для фиксации сетчатого протеза отдельных узловых швов. Второй группе пациентов (n=15) получила оперативное пособие в объеме операции по методике Лихтенштейна с применением сетчатого протеза по методу Лихтенштейна, где для фиксации применялся гистокриловый клей. Третья группа пациентов (n=15) получила оперативное пособие в объеме операции по методике Лихтенштейна с применением самофиксирующегося сетчатого протеза с «крючками» типа ProGrip. Всем пациентам проводилась оценка: объемную скорость кровотока, линейную скорость кровотока, диаметр яичковой артерии. Было выбрано 3 временных срока оценки данных показателей: перед операцией, послеоперационный период на 7-11 сутки и через 5-7 месяцев. Полученные результаты. Результаты исследования позволяют констатировать, что в результате правильно выполненной герниопластики по Лихтенштейну с применением бесшовных методов фиксации сетчатого импланта практически не влечет за собой значимых изменений в области семенного канатика, влекущих за собой ощутимые изменения кровотока по яичковой артерии. Выводы. Для обеспечения низкой ишимизации семенного канатика рекомендовано выполнение герниопластики по Лихтенштейну с использованием самофиксирующихся сетчатых имплантов или полипропиленовых сетчатых эндопротезов с применением клеевой композиции на гистокриловой основе.

168. Осложненные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: выбор оптимальной хирургической тактики

*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

Актуальность. Несмотря на несомненные успехи в диагностике и лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), достигнутые за последние 10-15 лет, по-прежнему остается много неясных и спорных вопросов, требующих

дальнейшего изучения. Одним из таких вопросов является разработка метода пластики пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), характеризующийся минимальным процентом рецидивов. Материалы и методы. Мы располагаем опытом видеоэндохирургического лечения 149 пациентов с осложненными ГПОД. Средний возраст больных составил $49,3 \pm 14,2$ лет. Аксиальные грыжи выявлены у 118 пациентов, параэзофагеальные – у 31. По классификации Granderath и соавт. (2007), среди аксиальных грыж малые встречались у 42 (35,6%) пациентов, большие – у 67 (56,8%), гигантские – у 9 (7,6%), среди параэзофагеальных – у 20 (64,5%) больных имели место большие грыжи, у 11 (35,5%) – гигантские. На основании этих данных применялись различные виды пластики ПОД. При площади поверхности пищеводного отверстия диафрагмы (ПППОД) < 10 см² выполнялась пластика ПОД местными тканями (задняя крурорафия с использованием нити V-loc), при ПППОД = 10 - 15 см² задняя крурорафия нитью V-loc дополнительно укреплялась несколькими узловыми швами. При больших и гигантских ГПОД (ПППОД более 15 см²) выполнялась комбинированная пластика ПОД по оригинальной методике (патент РФ № 2611912, опубликован 01.03.2017). В данной методике использовался сетчатый имплант, который устанавливался и фиксировался в заднем средостении над ножками диафрагмы. Результаты. Средняя продолжительность операции при пластике ПОД местными тканями составила 109 минут, при использовании сетчатого импланта - 136 минуты, из них время фиксации сетчатого импланта - от 23 до 35 минут. Интраоперационные кровотечения отмечены у 13 (8,8%) пациентов, в связи с этим, у 6 пациентов выполнена конверсия, у 2 пациентов причиной конверсии стал выраженный спаечный процесс. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечено, так же как и не наблюдались осложнения, связанные с применением сетчатых имплантов. Послеоперационный койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа, составил $5,3 \pm 0,6$. В отдаленные сроки у 2 больных (1,3%) возник феномен «соскальзывания манжетки». Данным пациентам произведено повторное оперативное вмешательство из лапаротомного доступа. В отдаленном периоде рецидивов ГПОД не отмечено. Отдаленные результаты оценены у 127 пациентов по шкале GERD-HRQL как хорошие у 111 пациентов (87,4%), удовлетворительные у 14 (11,0%), неудовлетворительные – у 2 (1,6%). Обсуждения. Показаниями к хирургическому лечению ГПОД являются неэффективность многократных курсов

консервативного лечения; наличие осложнений ГПОД; большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах; параэзофагеальная грыжа. Большинство отечественных и зарубежных авторов указывают на явное снижение частоты рецидивов ГПОД при пластике ПОД с использованием сетчатых имплантов. Но с другой стороны, их использование в брюшной полости может сопровождаться травматизацией органов и риском развития специфических осложнений, таких как аррозия и пролежни пищевода и желудка имплантом. Поэтому применение сетчатых имплантов должно применяться строго по показаниям, а также в зависимости от размера ПППОД. Оптимальным вариантом использования сетчатого импланта при хирургическом лечении ГПОД является его установка и фиксация в заднем средостении, тем самым, исключается риск специфических осложнений, связанных с нахождением импланта в брюшной полости. Выводы. Видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных с осложненными ГПОД. Алгоритм выбора пластики ПОД в зависимости от ПППОД позволяет добиться улучшения результатов хирургического лечения ГПОД, снижения частоты рецидивов заболевания. Установка и фиксация сетчатого импланта в заднее средостение является наиболее оптимальным вариантом пластики при больших и гигантских ГПОД и исключает возможность развития специфических осложнений.

169.Эффективность аргон-плазменной коагуляции при лечении пищевода Барретта

Черкасов Д.М., Скуратов А.В., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.

Ростов-на-дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Начиная с 2000-х годов аргон-плазменная коагуляция (АПК) применяется как эффективный метод эндоскопического лечения пищевода Барретта. Но до сих пор остаются нерешенными вопросы о режимах, площади

коагуляции участков метаплазии и периодичности курсов АПК. Материалы и методы. В хирургическом отделении Ростовского государственного медицинского университета проходили лечение 21 пациент с диагнозом пищевод Барретта. При эндоскопическом исследовании в 13 случаях был выявлен длинный сегмент метаплазии эпителия, короткий сегмент - у 8 пациентов. У всех пациентов заболевание протекало на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Первым этапом лечения всем пациентам были выполнены операции Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа. Через 1-2 месяца после оперативного вмешательства проводилось эндоскопическое удаление участков метаплазии по оригинальной методике (патент РФ № 2625592). АПК выполнялась в зависимости от максимальной длины циркулярного сегмента метаплазии (МДЦСМ). При определении МДЦСМ мы использовали Пражские критерии. АПК выполняли по схеме: при МДЦСМ $\geq 1,5$ см выполняли АПК двух соседних стенок пищевода, через 30 дней – оставшиеся стенки; при выполнении условия: $1,5 \text{ см} < \text{МДЦСМ} < 3,0$ см сначала выполняли АПК двух стенок пищевода расположенных через одну, через 30 дней – двух оставшихся стенок; при МДЦСМ ≥ 3 см выполняли АПК одной стенки пищевода, через 30 дней выполняют АПК противоположной стенки пищевода, еще через 30 дней – третьей стенки пищевода, и еще через 30 дней выполняли АПК оставшейся стенки пищевода. АПК проводилась в режим FORCED APC, мощность 30 – 40 Вт, расход аргона 2 – 2,2 л/мин. В послеоперационном периоде пациенты продолжали получать медикаментозную терапию, с обязательным эндоскопическим контролем и биопсией. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений отмечено не было. У 2-х пациентов отмечался болевой синдром после проведения АПК, который был купирован в течение 10-15 мин применением антацидных препаратов с анестетиком. Все пациенты возвращались к привычной деятельности на следующий день после проведения АПК. Результаты проведенной АПК мы оценивали через 1 месяц, по данным эзофагоскопии и биопсии. При оценке регрессии сегментов пищевода Барретта использовались Пражские критерии. У 15 пациентов курс лечения в настоящее время полностью завершен, эндоскопически и гистологически доказана полная регрессия участков метаплазии с замещением их типичным многослойным плоским. В настоящее время сроки наблюдения составляют более 3-х лет, рецидива заболевания не отмечено. Обсуждение. Среди разных эндоскопических методик, мы

предпочитаем использовать АПК. Данный метод обладает высокой безопасностью с минимальными побочными явлениями. Анализ литературы показал, что не существует единого подхода при выполнении АПК. Применение одномоментной АПК всей измененной слизистой оболочки или поэтапное выполнение (по кругу, полосами и др.) не имеющее четкого обоснования границ коагуляции, могут привести к развитию стриктур пищевода. С целью предупреждения такого рода осложнений АПК должна проводиться поэтапно с учетом размера сегмента метаплазии. При этом наиболее рационально использовать величину: МДЦСМ. Выводы. Лечение пациентов с пищеводом Барретта должно иметь комплексный подход. Данным пациентам первым этапом показано выполнение антирефлюксных операций. В настоящее время аргон-плазменная коагуляция является наиболее безопасным методом лечения. АПК необходимо проводить по схеме в зависимости от максимальной длины циркулярного сегмента метаплазии, с интервалами 1-1,5 месяца. Требуется проведение медикаментозной терапии в пред- и послеоперационном периоде, которая должна быть направлена на нейтрализацию выработанной соляной кислоты, снижение кислотности желудочного сока и ускорение эвакуации пищи из желудка. Кроме того необходим эндоскопический контроль с обязательной биопсией слизистой оболочки пищевода.

170. Чрескожная микроволновая абляция гемангиом печени под контролем УЗИ

Мусаев Г.Х., Жемерикин Г.А., Некрасова Т.П.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет). Кафедра факультетской хирургии №1

Актуальность. Применение современных неинвазивных методов визуализации привело к значительному росту выявляемости бессимптомных гемангиом печени (ГП) преимущественно малых размеров (до 5 см), лечебная тактика при которых остается неясной. Расширение возможностей малоинвазивных хирургических вмешательств

существенно изменили подходы к лечению больных ГП, но до настоящего времени единая концепция хирургической тактики не выработана. Материал и методы. В исследование вошли 140 пациентов, проходивших лечение в клинике факультетской хирургии № 1 Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова с 2000 по 2017г. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от варианта лечения. В I группу (динамического наблюдения) изначально вошли 89 пациентов с размером ГП не более 5 см, что, по мнению большинства авторов, не требует оперативного лечения. За три года наблюдения 25 из этих пациентов перешли в 3 группу (малоинвазивных вмешательств) в связи с прогрессирующим ростом опухоли, что потребовало малоинвазивной деструкции очагов; за остальными 64 пациентами продолжили наблюдение. Во II группу (открытых операций) вошли 32 пациента, которым выполнена резекция печени или энуклеация опухоли. Третья группа (малоинвазивных вмешательств) составила 44 больных, у 25 из них ГП подвергнуты микроволновой абляции. Термозонд проводили под УЗ-контролем чрескожно чреспеченочно по длиннику гемангиомы, режимы абляции зависели от размеров, расположения и других факторов. Эффективность метода оценивали через 3 месяца (УЗИ) и 6 месяцев (МСКТ). Полученные результаты. Установлено, что у трети пациентов с ГП малых размеров выявлен прогрессирующий рост их размера (более 1,2 см в год). Всего с использованием чрескожной микроволновой абляции ГП излечены 25 пациентов. Осложнений вмешательства ни в одном наблюдении не отмечено. У 23 пациентов (92%) проведено по одному сеансу абляции, у 2-х пациентов (8%) – повторная абляция в связи с рецидивом опухоли при контрольной МСКТ. У пациента с множественными ГП выполнена одномоментная абляция двух наибольших гемангиом; по поводу оставшихся двух гемангиом пациент продолжает оставаться под наблюдением. Сроки наблюдения составили от 7 до 35 месяцев (в среднем 24 месяца). Динамический УЗ-контроль показал, что в течение 2-3-х месяцев у больных могли сформироваться небольшие жидкостные очаги на месте абляции (7 пациентов), которые самостоятельно к концу 6 месяца регрессировали с формированием фиброза. Формирование фиброзированных очагов подтверждено при МСКТ через 6 месяцев и чрескожной биопсии. Обсуждение. Хотя в большинстве своем гемангиома малых размеров требует динамического наблюдения и редко сопровождается осложнениями, имеется часть

больных, у которых в силу разных причин ГП устойчиво растет. И подавляющее число этих больных через несколько лет, вероятно, обречены на удаление опухоли путем чревосечения. Хотя этот контингент с устойчивым ростом гемангиомы и малочислен, именно ему и показана, по нашему мнению, микроволновая абляция как малотравматичное вмешательство, позволяющее навсегда избавиться от болезни на ранних стадиях ее развития. Выводы. В связи с особенностями морфологического строения гемангиом малых размеров (до 5 см), в трети случаев они склонны к прогрессирующему росту (увеличиваются в год не менее чем на 1 см), что делает неоправданным динамическое наблюдение, когда опухоль приближается к размерам, ограничивающим возможности малоинвазивной термодеструкции. Физические основы термодеструкции с помощью микроволновой абляции делают её методом выбора при гемангиомах до 5 см. Рецидив гемангиом после микроволновой абляции доступен для повторного малоинвазивного вмешательства. Рекомендации. Микроволновая абляция ГП является малотравматичным методом, позволяющим полностью разрушить опухоль. Методика позволяет в 92% наблюдений полностью разрушить опухоль и является методом выбора при гемангиоме малых размеров (до 5 см), имеющей устойчивую тенденцию к росту при динамическом наблюдении.

171. Хирургическое лечение больных с большими и гигантскими вентральными грыжами с использованием сетчатых эндопротезов

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов П.Ю.

Ургенч (Узбекистан)

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр

Введение. Лечение пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами по-прежнему остаётся одной из наиболее острых проблем современной герниопластики, что, в первую очередь, обусловлено значительным увеличением количества оперативных вмешательств на органах

брюшной полости. Несмотря на то, что грыжесечение является одним из самых распространенных видов оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии, по-прежнему высок уровень рецидивов (50-80%) и летальности (2-10%), особенно у пациентов старших возрастных групп с полиморбидным фоном, а также при грыжах больших и гигантских размеров. По данным литературы 3-19% лапаротомий заканчиваются формированием послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ), при этом больные с ПОВГ составляют 20-26% от числа всех больных с наружными грыжами живота. Несмотря на многообразие методов хирургического лечения вентральных грыж, до сих пор недостаточно освещены вопросы, касающиеся качества жизни оперированных с большими и гигантскими вентральными грыжами с использованием сетчатых эндопротезов в отдаленном периоде. Нередко после перенесенной операции больные предъявляют жалобы на ощущение инородного тела, чувство дискомфорта в зоне операции. Это требует более подробного изучения качества жизни данного контингента больных. Применение аллопластических методов снижает уровень рецидивов до 0 – 10%. Поэтому в современной хирургии аллопластика является приоритетным способом лечения больных с вентральными грыжами, а наилучшим протезным материалом считается полипропилен. Целью настоящего исследования явилась улучшение результатов и хирургического лечения больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами с применением эндопротезов. Материал и методы. Нами было изучено результаты оперативного лечения у 230 больных с различными послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Мужчин было 46 (20%), женщин 184 (80%). Возраст больных колебался от 24 до 79 лет. Большая часть больных – 114 (49,5%) было в возрасте от 45 до 59 лет (средний возраст), несколько меньшую – 65 (28,2%) составляли лица 30-44 лет (зрелый возраст). Больные были разделены на 4 группы в зависимости от способа герниопластики: в 1-группу включены 96 (42%) больных, у которых аллопластика выполнена в «Onlay» позиции; во 2-группу – 75 (33%) больных, у которых протез размещался под апоневрозом («Sublay»); 3-группу составили 51 (22,1%) больной оперированный по методике «Inlay». 4 – группу 8 (3,4%) больных с интра-абдоминальным расположением эндопротеза (intraperitoneal onlay mesh – «IPOM»). Среди наших больных W3, W4 выявлены у 120 (55,5%) больных. Гигантские грыжи были у 21 (5,5%),

обширные – у 106 (32,5%), средние у 62 (5,5%), малые – у 36 (6,3%). Срединные послеоперационные грыжи были у 203 больных, из них эпигастральные – у 87, мезогастральные – у 26 и гипогастральные – 92 больных. Грыжи боковых отделов передней брюшной стенки выявлены у 25 больных (у 11 – в подвздошной области, у 10 – в подреберье и у 4 – в поясничной области). У 44 больных отмечены невправимые грыжи. У 8 больных одновременно выявлены несколько грыж разных локализаций. У 130 (56,5%) больных выявлены сопутствующие заболевания. Наиболее частыми были ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией (42), ожирение II-III степени (66), сахарный диабет (22). Диаметр дефекта брюшной стенки не всегда соответствовал размерам грыжи. Результаты. В послеоперационном периоде все больные получали антибиотики из группы цефалоспоринов (цефазолин, цефатоксим) по 1,0 г. 2-3 раза в день в течение 3-5 дней. У всех больных с целью профилактики развития послеоперационных раневых осложнений в подкожно жировой клетчатке оставляли дренажную трубку с активной аспирацией, которую удаляли на 4-5 сутки. У II-III-IV групп больных дренажи удалены на 2-3 сутки. После удаления дренажей всем больным выполняли УЗИ брюшной стенки для исключения скопления жидкости. У 4 больных серомы купированы путем пункции и у 2 – путем дренирования. В раннем послеоперационном периоде осложнения общего характера наблюдались только у 5 (2,2%) больных из 1-группы. Среди них парез кишечника у 3 больных, явление компартмент синдрома – у 2. Все больные лечились консервативно. Местные раневые осложнения развились у 20 (8,7%) больных: длительная экссудация из раны у 13, серома у 5, гематома послеоперационной раны у 2. Во 2-группе у 2 больных было отмечено формирование гематомы послеоперационной раны. В 3-4 группе осложнений не было. Летальных исходов не было. При изучении отдаленных результатов за период от 3 до 5 лет рецидива грыжи не обнаружено. Дискомфорта, болевых ощущений, чувства инородного тела в зоне операции отмечено у 10 больных. Все больные вернулись к полноценной жизни, не ограничивают физических нагрузок. Случаев отторжения протеза не было. Заключение. Таким образом при хирургическом лечении пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами предпочтение нужно отдавать атензионным способам аллогерниопластики с фиксацией протеза под апоневрозом «sublay». В случае гигантских дефектов передней брюшной стенки для аллопластики

предпочтительно использовать методику интра-абдоминального расположения протеза (intraperitoneal onlay mesh — «IPOM»), что позволяет значительно снизить количества местных осложнений и сократить сроки стационарного лечения. Методика «Onlay» может быть рекомендован при невозможности на допоневрологического расположения протеза и должна являться резервной.

172. Миниинвазивные вмешательства при ложных кистах поджелудочной железы

*Красильников Д.М. (1.2), Бородин М.А. (2),
Имамова А.М. (2), Спиридонов С.И. (2),
Малова И.И. (1.2)*

Казань

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность исследования. Разработка и внедрение новых миниинвазивных методов хирургического лечения пациентов с ложными кистами поджелудочной железы остается одной из сложных проблем в современной панкреатологии. Цель исследования: установить наиболее щадящие методы хирургических вмешательств у пациентов с ложными кистами поджелудочной железы, способствующих улучшению результатов проводимого лечения. Материал и методы. В клинике хирургических болезней №1 ФГБОУ ВО «КГМУ» на базе рентген-операционной №4 отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с 2013 по 2017 гг. оперирован 71 пациент с ложными кистами поджелудочной железы, при отсутствии сообщения полости кисты с вирсунговым протоком, в возрасте от 24 до 77 лет, мужчин 45 (63,4%), женщин 26 (36,6%). Пациентам были выполнены 79 чрескожных операций под УЗ наведением. В программу диагностики наряду с лабораторными методами, УЗИ, РКТ, МРТ, ЭФГДС, у части пациентов включали контрастную рентгеноскопию желудка, с целью установления возможности формирования цистогастроанастомоза. Результаты. Основным чрескожным вмешательством являлось проведение

наружного дренирования полости кисты под УЗ наведением. Так 40 (56,3%) пациентам произведено 42 дренирования. В 2 (5,0%) случаях наступил рецидив, что явилось показанием к повторным дренированиям. Наружное дренирование кист выполняли по одно- или двухэтапной методике. В зависимости от размера кисты устанавливали полиэтиленовый или полиуретановый дренаж типа «свиной хвост» или изогнутый с фиксирующей нитью, диаметром 9 – 12 Fr. Длительность дренирования от 14 до 66 дней в зависимости от объема и свойства отделяемого. 17 (23,9%) пациентам сформирован чрескожный компрессионный цистопанкреатогастроанастомоз. Необходимым условием для его наложения является наличие траектории дренирования через обе стенки желудка в полость кисты. Операция выполняется по одноэтапной методике полиэтиленовым изогнутым дренажом с фиксирующей нитью диаметром 12 Fr. Через 3 и 7 дней производится тракция дренажа. На 7 - 10 сутки выполняется контрольная ЭФГДС с целью визуализации зоны анастомоза, контроля расположения дренажа в полости желудка. На 14 сутки дренаж удаляется. 8 (11,3%) пациентам выполнено 14 пункционных санаций полости кисты, одному - дважды, другому – трижды с хорошими результатами. В 6 (8,5%) наблюдениях при ложных кистах поджелудочной железы в диаметре не более 50 мм производилась однократная лечебно-диагностическая пункция с хорошим результатом. Заключение. При ложных кистах поджелудочной железы без сообщения с вирсунговым протоком наиболее эффективным методом лечения является наружное дренирование полости кисты, с ежедневным УЗ-контролем и её промыванием. При расположении ложной кисты за задней стенкой желудка и плотном их прилегании показано формирование чрескожного компрессионного цистопанкреатогастроанастомоза. Пункционные санации выполняются при небольших размерах кист поджелудочной железы, при отсутствии в полости инфицирования, детрита.

173. Анализ результатов лечения пациентов с осложнениями колоректального рака*Ильканич А.Я., Полозов С.В.*

Сургут

1) ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» 2) БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница».

Вопросы диагностики и лечения осложнений колоректального рака остаются до настоящего времени актуальными темами хирургических дискуссий. Сохраняющаяся высокая летальность, послеоперационные осложнения и различные подходы (часто диаметрально противоположные) к оказанию помощи больным данной категории диктуют необходимость дальнейшего обсуждения. Цель: анализ эффективности лечения больных с осложнениями колоректального рака, при применении разработанных протоколов ведения, по ближайшим клиническим результатам. Материал и методы: проанализированы результаты лечения 105 больных с осложнениями колоректального рака, пролеченных в Сургутской окружной клинической больнице в период 2012-17 гг, на основании протокола диагностики и лечения осложнений колоректального рака, разработанного и внедренного в 2012 году. Мужчин было 40 (38,1%), женщин - 65 (61,9%). В анализируемую группу вошли 86 (81,9%) пациентов с острой obturационной кишечной непроходимостью, 11 (10,5%) - с кровотечением из опухоли толстой кишки, 8 (7,6%) больных с гнойно-септическими осложнениями рака толстой кишки. Результаты и обсуждение: в основе протокола диагностики и лечения пациентов с острой obturационной кишечной непроходимостью была экстренная видеокOLONOSКОПИЯ, которая у 71 (82,6%) больного позволила установить локализацию опухоли, оценить диаметр сохраненного просвета. Среднее время подготовки составило 2,4±0,3 часа. Среди этих больных 14 (19,7%) пациентам провели стентирование опухоли при помощи трубчатого дренажа, что позволило разрешить кишечную непроходимость и избежать оперативного лечения в экстренном порядке. Еще у 54 (62,8%) больных комплексное консервативное лечение позволило разрешить obturационную кишечную непроходимость. В последующем все они были оперированы в отсроченном порядке. 18 (20,9%) пациентов были оперированы в экстренном порядке. Наиболее значимым мероприятием

протокола диагностики и лечения пациентов с кровотечением из опухоли толстой кишки также была видеокOLONOSКОПИЯ. У всех пациентов выполнен эндоскопический гемостаз. Приоритетный способ гемостаза - аргоноплазменная коагуляция. При рецидиве кровотечения проводился повторный эндоскопический гемостаз, при его неэффективности - оперативное лечение в экстренном порядке. Оперативное вмешательство в экстренном порядке выполнено - у 3 (27,3%) больных, остальные 8 (72,7%) пациентов оперированы в отсроченном порядке. Диагностические мероприятия для пациентов с гнойно-септическими осложнениями колоректального рака были направлены на подтверждение перитонита или абсцесса брюшной полости / забрюшинного пространства. Наиболее значимым диагностическим мероприятием была компьютерная томография. Пациенты с гнойно-септическими осложнениями представлены в двух нозологических формах: 4 (50,0%) пациентов с распространенным перитонитом, обусловленным перфорацией опухоли толстой кишки и 4 (50,0%) больных - параканкротными абсцессами. Все пациенты оперированы в экстренном порядке. Общая летальность в группе больных с осложнениями колоректального рака составила 5 (4,8%) больных. Несостоятельность анастомоза отмечена у 3 больных. Инфекция области хирургического вмешательства у 6 (5,7%) больных. Заключение: У больных с осложнениями колоректального рака чаще встречается острая obturационная кишечная непроходимость, доля которой достигает 81,9%. Комплекс консервативных мероприятий при острой obturационной кишечной непроходимости, включая стентирование толстой кишки обеспечивает восстановление пассажа по пищеварительному тракту у 79,1% пациентов. При клинически значимом кровотечении из опухоли толстой кишки основным методом лечения - эндоскопический гемостаз, потребность в экстренной операции возникает у 27,3% больных. Применение протокола диагностики и лечения осложнений колоректального рака позволяет сократить период установления диагноза и принятия решения до 1,7±0,3 часа, уменьшить долю экстренных хирургических вмешательств до 27,6%, частоту послеоперационных осложнений до 8,6% и летальных исходов до 4,8%.

174. Применение реваскуляризованного малоберцового аутотрансплантата в комплексной реабилитации пациентов с дефектами челюстей и выраженной атрофией нижней челюсти

Буцан С. Б., Гил?ва К. С., Хохлач?в С. Б., Булат С. Г.

Москва

ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии"

Актуальность: Одной из самых трудных задач реконструктивной челюстно-лицевой хирургии остается устранение дефектов челюстей и выраженной атрофии нижней челюсти. Комплексная реабилитация пациентов с дефектами челюстей и выраженной атрофией нижней челюсти подразумевает реконструкцию челюсти и прилегающих мягких тканей, установку дентальных имплантатов, восстановление функций зубочелюстной системы путем изготовления ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты, проведения корригирующих операций на мягких тканях челюстно-лицевой области (липофилинг, иссечение рубцов, контурная пластика индивидуальными силиконовыми имплантатами). Несмотря на все достигнутые успехи в данной области, проблема выбора методов и материалов для устранения выраженной атрофии нижней челюсти до конца не решена. Материал и методы: В период с 2015 по 2017 гг., на базе отделения челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» г. Москва, 10 пациентам с дефектами челюстей (3 на верхней и 7 на нижней челюсти) и 3 пациентам с выраженной атрофией нижней челюсти, проведено хирургическое лечение с применением реваскуляризованного малоберцового аутотрансплантата. Всем пациентам на основании данных МСКТ черепа и голеней, выполнялась виртуальная моделировка предстоящей операции, с определением объема необходимой реконструкции челюстей, моделировки малоберцового аутотрансплантата и его позиционирования в область устраняемого дефекта или атрофии. На основании виртуального моделирования изготавливались стереолитографическая модель челюсти, шаблон для остеотомии и сборки костной части лоскута, и модель собранного фрагмента малоберцового аутотрансплантата. Реконструктивная операция планировалась с учетом требований к будущей

ортопедической конструкции, то есть с соблюдением принципа «обратного планирования». Дентальная имплантация проводилась через 3-4 месяца после устранения дефекта. В дальнейшем, после остеоинтеграции имплантатов (около 3 месяцев), изготавливались ортопедические конструкции. При необходимости выполнялись корригирующие операции на мягких тканях. Результаты и обсуждение: Реваскуляризованный малоберцовый аутотрансплантат наиболее часто применяется для реконструкции челюстей. Возможность забора фрагмента кости длиной до 25 см, делает этот лоскут единственно доступным для тотальных реконструкций нижней челюсти, а также для реконструкции верхней челюсти. Прекрасное сегментарное периостальное кровоснабжение малоберцовой кости позволяет выполнять множество остеотомий с целью воспроизведения естественного контура нижней челюсти. Среди остальных реваскуляризованных костных аутотрансплантатов, забор малоберцовой кости характеризуется наименьшими неудобствами и осложнениями со стороны донорской зоны. Противопоказаниями к применению реваскуляризованного малоберцового аутотрансплантата являются вариации и аномалии кровоснабжения нижней конечности, заболевания периферических сосудов голени и ранее перенесенные травмы нижних конечностей. Выводы и рекомендации: Применение в клинической практике метода устранения дефектов челюстей и выраженной атрофии нижней челюсти с использованием реваскуляризованного аутотрансплантата малоберцовой кости позволяет расширить показания к дентальной имплантации, и тем самым повысить эффективность комплексной реабилитации данных категорий пациентов с возможностью последующего протезирования ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты. Предоперационная подготовка должна включать: консультацию стоматолога ортопеда, выполнение МСКТ черепа и голеней, УЗИ кровеносных сосудов лица, шеи и голеней. Возможность включения в аутотрансплантат кожной площадки позволяет устранить не только костные, но и мягкотканые дефекты. Отсроченная имплантация, проведенная через 3-4 месяца после трансплантации малоберцовой кости, делает установку имплантатов безопасной и надежной и предотвращает неудачи связанные с неправильным их позиционированием.

**175. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ВТОРИЧНОЙ
ЛИМФЕДЕМОЙ**

*Волков А.М.(1,2), Чуприна С.В. (2), Петрушина
М.Б.(2), Волкова Т.Э.(2)*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова (1)
«Центр хирургии СМ-Клиника» (2)

Актуальность. Трофические язвы чаще всего образуются в области нижней трети голени. Согласно статистике, в мире от этой патологии страдает до 2 миллионов людей. Около 70% случаев возникновения язв связано с теми или иными нарушениями в функционировании венозно-сосудистого русла. Язвы никогда не возникают спонтанно, им предшествует довольно длительный процесс развития серьезных патологий в организме. Сочетанная патология в виде сахарного диабета 2 типа и вторичной лимфедемы создает высокий риск развития трофических поражений нижних конечностей и их прогрессирование. Подбор адекватной и своевременной, динамичной, комплексной терапии для повышения качества жизни пациента, является актуальной темой и в наше время. Материал и методы. Исследование проводилось на двух базах СЗГМУ им. И.И. Мечникова и Центра хирургии «СМ-Клиника» с сентября 2015 по декабрь 2017. В обследовании участвовало 47 пациентов в возрасте от 46 до 83 лет. Пациенты были поделены на 3 группы. Все пациенты страдали сахарным диабетом 2 типа и вторичной лимфедемой. Первая группа пациентов (n=12) возраст от 46 до 55 лет с вторичной лимфедемой на фоне резкого набора веса и соответственно с ожирением 3 ст. Вторая группа пациентов (n=12) от 56 до 65 лет с вторичной лимфедемой на фоне варикозной болезни нижних конечностей. Третья группа пациентов (n=13) от 66 до 83 лет с вторичной лимфедемой на фоне варикозной болезни нижних конечностей и облитерирующем атеросклерозов нижних конечностей. Четвертая группа пациентов, контрольная группа (n=10) от 46 до 83 лет с вторичной лимфедемой на фоне различных факторов, таких как варикозная болезни нижних конечностей и облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, ожирение 3, сахарный диабет 2 типа. Контрольная группа пациентов была отобрана ретроспективно из пациентов,

наблюдаемых в поликлиниках и получающих терапию по месту жительства в течении 2 лет, после обратившихся к нам для лечения. Первая, вторая и третья группа пациентов, получили комплексную терапию, включающую в себя на местную антибактериальную терапию, а именно перевязки 2-3 раза в день с применением на разных стадиях лечения таких препаратов как химотрипсин, димексид, цефтриаксон, мази левомеколь, аргосульфан, троксевазин. Использовались для местного усиления терапии специализированные повязки с абсорбирующими, адгезивными и репаративными свойствами. Внутривенное (в/в) инфузию антибактериальных препаратов и в/в введение трентал, актовегин, вазопростан, никотиновая кислота, солкосерил. Внутримышечное введение Вессел ДУЭ Ф. Таблетированная терапия венотониками детралекс и троксевазин. Пациенты применили компрессионный трикотаж или в первые 2 недели лечения были забинтованы эластичным бинтом. Пациенты находили в положении лежа или «ноги на возвышение» не менее 18 часов в день. Всех пациентов курировали врачи эндокринологи, ревматологи, кардиологи. Четвертая группа получала только таблетированную терапию и проводила самостоятельные перевязки от 1 до 3 раз в день. Пациенты не соблюдали постельный режим и проводили более 14 часов в положении сидя или стоя. Компрессионный трикотаж использовался не корректно. Было выбрано 4 временных срока оценки данных показателей: перед началом терапии, после начала терапии в период на 14, 30 сутки и через 5-7 и 10-12 месяцев. Полученные результаты. Результаты исследования позволяют констатировать, что в результате правильно выполненной терапии с применением комплексного подхода отечность нижних конечностей выражено снижалась на 14 сутки, что способствовало ускорению заживления язв, достоверность (p<0,05). У всех пациентов получающих комплексную терапию трофические язвы зажили в срок до 12 мес. У пациентов контрольной четвертой группы в анамнезе до обращения к нам трофические язвы не заживали в течении 6±2 лет. Выводы. Для обеспечения качественного и динамичной терапии при лечении трофических язв нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом и вторичной лимфедемой рекомендовано применение комплексной терапии.

176. Эндоскопическое стентирование желчных протоков, как способ профилактики рецидива механической желтухи при миграции камней из желчного пузыря

Котовский А.Е. (1), Глебов К.Г. (2), Завора А.В. (2), Дюжева Т.Г. (1), Сюмарева Т.А. (2), Хоконов М.А. (2), Талалаева Т.Л. (2)

Москва

- 1) Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
- 2) 15 ГКБ имени О.М. Филатова

Мы проанализировали собственный опыт лечения 13 больных, страдающих калькулезным холециститом и поступивших в клинику по поводу механической желтухи. У всех больных при ультразвуковом исследовании брюшной полости были диагностированы множественные, размером 2 – 5 мм, камни в полости желчного пузыря, а также отмечены признаки билиарной гипертензии (расширение общего печеночного и общего желчного протоков до 11 - 16 мм в диаметре), причиной которой явился холедохолитиаз. При эндоскопической ретроградной холангиографии диагноз подтвержден. После эндоскопической папиллотомии, выполненной в качестве доступа к желчным протокам и последующего извлечения конкрементов из внепеченочных желчных протоков был восстановлен желчеотток, желтуха разрешилась. Оперативное вмешательство – холецистэктомия, во всех случаях было отложено на 1 месяц по различным причинам (при невозможности его проведения у больных пожилого и старческого возраста с серьезной сопутствующей патологией, препятствующей проведению наркоза и выполнению операции, выраженного инфильтрата в области желчного пузыря для проведения консервативной терапии и затихания воспалительного процесса, а также отказа больных от операции). В связи этим больные выписаны. В ближайшее время после эндоскопической литоэкстракции (от 14 дней до 6 недель) у 5 пациентов возник приступ печеночной колики и они повторно поступили в больницу с клиникой рецидива механической желтухи. При ультразвуковом обследовании во всех случаях диагностирован рецидивный холедохолитиаз - повторная миграция конкрементов из желчного пузыря в гепатикохоledох. Больные вновь госпитализированы и у них после выполнения ретроградной холангиографии был подтвержден диагноз рецидивного холедохолитиаза,

потребовавший повторной эндоскопической литоэкстракции. Подобное развитие клинической ситуации нами отмечено у 5 пациентов, из них у 3 человек - эндоскопическая литоэкстракция выполнялась трижды, через короткие промежутки времени. Все эти клинические случаи побудили нас выяснить причины и определить механизм миграции камней из желчного пузыря в гепатикохоledох после эндоскопической папиллотомии и литоэкстракции, разработать критерии и способы профилактики развития рецидива желтухи до выполнения холецистэктомии. При анализе результатов ретроградной холангиографии у данной категории больных было выявлено: «низкое» впадение «широкого» пузырного протока в гепатикохоledох, практически на уровне его дистального отдела, при наличии «мелких камней» желчного пузыря. Мы считаем, что подобное сочетание рентгенологических признаков является предрасполагающим фактором к возможной миграции конкрементов из желчного пузыря. Остается неизученным вопрос: влияет ли изменение градиента давления между желчными протоками и двенадцатиперстной кишкой после эндоскопической папиллотомии на миграцию конкрементов? На основании нашего клинического опыта, мы пришли к выводу, что для профилактики развития рецидива механической желтухи, при отсроченной холецистэктомии, целесообразно сразу после эндоскопической литоэкстракции устанавливать в гепатикохоledох пластиковые стенты для предотвращения возможного нарушения желчеоттока. Наличие дренажной трубки в протоке, даже, несмотря на рецидив миграции камней из желчного пузыря, не приведет к нарушению желчеотведения. У больных с отсроченной холецистэктомией эндопротезирование желчных протоков имеет ряд преимуществ, т.к. гарантирует в последующем выполнение холецистэктомии вне обострения заболевания. Поэтому этой категории больных мы рекомендуем выполнение холецистэктомии при ранее установленном в желчные протоки пластиковом стенте. Билиарный эндопротез в последствии может быть удален в любые сроки после операции с обязательной ревизией желчных протоков. В наших клинических случаях это происходило через 14 дней – 3 месяца после операции. Подобная тактика нашла свое успешное клиническое применение без развития послеоперационных осложнений. Таким образом, показанием к эндоскопическому стентированию желчных протоков расширяются. Новым направлением в эндоскопической билиарной

хирургии является установка пластикового эндопротеза при мелких камнях желчного пузыря и «низком» впадении «широкого» пузырного протока с целью профилактики развития механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом.

177. Оценка ближайших результатов «открытых» и миниинвазивных панкреатодуоденальных резекций

*Попов А.Ю. (1), Лищенко А.Н. (1, 2),
Петровский А.Н. (1), Григоров С.П. (1),
Барышев А.Г. (1, 2)*

Краснодар

1) ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского», 2) ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»

Введение. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) органов билиопанкреатодуоденальной зоны сохраняется последние годы без динамики к снижению. В то же время, на сегодняшний день миниинвазивные вмешательства получили широкое распространение как для доброкачественных, так и для злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Цель работы - изучение ближайших результатов лечения больных, которым выполнены как «открытые», так и миниинвазивные панкреатодуоденальные резекции (ПДР). Материал и методы. В исследование включено 158 пациентов, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция по поводу ЗНО поджелудочной железы (ПЖЖ) или большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БДСК), а также дистального отдела общего желчного протока (ОЖП), либо по поводу хронического псевдотуморозного панкреатита (ХПП) - 118 открытых, 17 лапароскопических и 23 роботизированных операций. При всех вариантах выполнения ПДР придерживались единой «no-touch» техники операции. Выбор способа формирования панкреато-дигестивного анастомоза при «открытых» вмешательствах определялся состоянием (консистенцией) ткани поджелудочной железы и диаметром вирсунгова протока: в случае

«мягкой» железы и «тонкого» протока (менее 4,0 мм) «анастомозом выбора» являлся инвагинационный панкреато-гастроанастомоз, накладываемый непрерывным двухрядным швом. В случае дилатированного вирсунгова протока и/или «плотной» железы – накладывали двухрядный панкреато-энтероанастомоз «duct to mucosa». При оценке результатов операций учитывали длительность вмешательства, объем интраоперационной кровопотери; в послеоперационном периоде оценивали возникновение панкреатических свищей по классификации международной группы экспертов ISGPF. Результаты. Всего нами было отмечено 50 послеоперационных осложнений у 41 пациента (25,95%); без осложнений послеоперационный период протекал у 117 пациентов (74,05%). Наиболее частым осложнением явились панкреонекроз (очаговый, субтотальный, тотальный) - у 34 больных (68,0%) и нагноение послеоперационной раны – у 11 пациентов (22,0%). У пациентов после «стандартной» панкреатодуоденальной резекции было зарегистрировано 31 осложнение (62,0%); у пациентов после лапароскопической ПДР – 12 осложнений (24,0%); у больных после роботизированной ПДР 7 осложнений (14,0%). Статистический анализ показал отсутствие взаимосвязи между вероятностью развития осложнений и вариантом выполнения ПДР (коэффициент корреляции «0,10491»), однако, установлены значимые различия в частоте осложнений между разными вариантами выполнения ПДР ($p < 0,05$). Вывод. Выполнение панкреатодуоденальной резекции при помощи лапароскопических и роботизированного комплекса не привело к росту ближайших осложнений в этой группе больных, напротив, наблюдалось достоверное снижение частоты их возникновения у пациентов с миниинвазивными вариантами операции. Лапароскопическая и роботизированная панкреатодуоденальная резекция являются безопасными и выполнимыми вариантами хирургического вмешательства при должном отборе пациентов. Оценка собственного опыта проведения «открытых» и миниинвазивных вмешательств позволила сформулировать определенные критерии отбора больных на операции минимального доступа.

178. Эндovasкулярные вмешательства в лечении синдрома Мея-Тёрнера и тазового венозного полнокровия: результаты пилотного исследования

*Гаврилов С.Г.(1), Сажин А.В.(1),
Масленников М.А.(2), Лебедев И.С.(2), Ан Е.С.(2),
Ефремова О.И.(1)*

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И.Пирогова
- 2) ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова

Синдром Мея-Тёрнера (СМТ) – компрессия левой общей подвздошной вены (ОПВ) правой общей подвздошной артерией, сопровождающаяся нарушением нормального оттока крови из малого таза. Данное состояние служит одной из причин формирования синдрома тазового венозного полнокровия (СТВП), сопровождающегося хроническими тазовыми болями (ХТБ), диспареунией, дизурическими расстройствами. Открытые хирургические вмешательства на подвздошных венах сопровождаются большой травматичностью и высоким риском развития тромбоза указанных сосудов. Последнее десятилетие отмечен значительный рост числа эндovasкулярных вмешательств при острых венозных тромбозах илио-кавальной локализации и посттромботической болезни. Цель. Оценить место и эффективность эндovasкулярного стентирования при СМТ в сочетании с СТВП. Материалы и методы. В исследование включены 3 женщины и 1 мужчина в возрасте 32-36 лет. Клиническими проявлениями СМТ служили признаки СТВП: ХТБ - 100%, коитальные и посткоитальные боли (60%), вульварный варикоз (20%), левостороннее варикоцеле (20%). Всем больным выполнены дуплексное ангиосканирование (ДАС) вен нижних конечностей, промежности и таза, тазовая флебография, ренофлебография и селективная оварио/тестикулография. Критериями включения больных в исследование служили наличие симптомов ТВП и варикоцеле, увеличение пиковой скорости венозного кровотока в зоне компрессии левой ОПВ по данным ДАС, уменьшение просвета левой ОПВ более чем на 50% по результатам тазовой флебографии. Флебографическими признаками СМТ у обследованных больных служили нечеткое изображение левой общей подвздошной вены, уменьшение диаметра общей подвздошной вены на 85-90%, расширение наружной и внутренней подвздошной вены,

рефлюкс контрастного вещества в левую внутреннюю подвздошную вену и её притоки, расширение параметральных, маточных и гонадных вен. Первым этапом лечения пациентам выполняли эндovasкулярное стентирование левой ОПВ с использованием стентов Wallstent Uni 14x60мм (3 больных) и 16x90 мм (1 больной), в 1 случае с использованием методики «stent in stent». Вторым этапом проводили коррекцию СТВП путем выполнения эндоскопической резекции левой гонадной вены (1 больная), правой гонадной вены (1 пациентка) и эмболизации левой гонадной вены металлическими спиралями (1 пациентка). Всем больным после вмешательств проводили антикоагулянтную, флеботропную и компрессионную терапию. Наблюдение за больными осуществляли в течение 10-36 месяцев. Результаты. Технический успех эндovasкулярных операций составил 100%. В отдаленном послеоперационном периоде проходимость стентов составила 100%. Выполнение резекции либо эмболизации гонадных вен с целью устранения вертикального рефлюкса крови по этим сосудам и купирования признаков СТВП позволило купировать симптомы ТВП у 3 женщин. Осложнений после операций на подвздошных и гонадных венах не было. У 1 больного варикоцеле носило субклинический характер в связи с чем от вмешательства на левой тестикулярной вене решено воздержаться. Клинических проявлений и изменений в спермограмме, прогрессирования расширения вен семенного канатика через 1 год после операции у данного больного не обнаружено. Заключение. Эндovasкулярные вмешательства служат оптимальным способом восстановления проходимости подвздошных вен при СМТ. Сочетание стентирования подвздошных вен и резекции либо эмболизации гонадных вен позволяет эффективно купировать симптомы ТВП. Стентирование подвздошных вен следует выполнять первым этапом лечения, затем проводить операции на гонадных венах.

179. Комплексный подход к лечению осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки*Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Лобанов Д.С.*

Сургут, ХМАО-Югра

Сургутская окружная клиническая больница

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки. Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК), пролеченный в 2010 - 2017 гг. Преобладали женщины - 43 (60,6%), мужчин - 28 (39,4%). Средний возраст составил 55,8±5,7 лет. Пациенты с осложненным течением ДБТК составили 0,9% от экстренной хирургической патологии. Большинство были госпитализированы более чем через сутки от начала заболевания – 78,8% (n=56). В структуре осложнений преобладал острый дивертикулит – 50,7% (n=36), перфорация дивертикула диагностирована у 19,7% (n=14), парадивертикулярный инфильтрат у 8,5% (n=6), абсцесс в 9,8% (n=7), кровотечение из дивертикула у 8,5% (n=6), острая кишечная непроходимость у 2,8% (n=2). Первичная диагностика (при поступлении) включала физикальные, лабораторные и, по показаниям, ультразвуковое исследование (УЗИ) и/или рентгенография брюшной полости, что позволяло заподозрить вид возможных осложнений и перейти к следующему этапу диагностического поиска – выполнение специальных методов инструментальной диагностики: – компьютерная томография (КТ), видеоколоноскопия (ВКС) или диагностическая лапароскопия (ДЛ). Физикальное и лабораторное исследование проведено у всех больных. УЗИ брюшной полости у 67 (94,4%), ВКС у 49 (69,0%), КТ - 9 (12,7%), ДЛ - 4 (5,6%). Результаты и их обсуждение. В соответствии со структурой осложнений большинство пациентов пролечено консервативно - 43 (60,6%) пациента, оперированы – 28 (39,4%). Показаниями к операции явились: перфорация дивертикула в свободную брюшную полость – 14 (50,0%), формирование параколического абсцесса размером более 3 см, подтвержденного данными УЗИ или КТ – 7 (25,0%). При этом дренирование абсцесса выполняли из минидоступа под УЗ-навигацией. Резекция пораженного участка толстой кишки с формированием колостомы произведена 12 (42,8%) пациентам, резекция с первичным анастомозом – 8 (28,6%), колостома с выведением

пораженного участка без резекции толстой кишки - 4 (14,3%) больным. У 1 (3,6%) пациента сформирован обходной анастомоз, лапароскопия диагностическая - 3 (7,1%). При кровотечении из дивертикула проводилась экстренная колоноскопия с эндоскопическим гемостазом аргоно-плазменной коагуляцией – 6 пациентов (8,5%). Рецидива кровотечения не было. Консервативное лечение острого дивертикулита включало в себя применение нестероидных противовоспалительных средств, антибактериальную терапию, диету с применением пищи богатой клетчаткой и ограничение рафинированных продуктов, потребление не менее 1,5-2 литров жидкости в день, а также применение естественных слабительных. При наличии гнойного отделяемого в дивертикуле при ВКС в схему лечения добавляли этапные эндоскопические санации путем введения растворов антисептиков (1% раствор диоксидина или 0,02% водный раствор хлоргексидина) в количестве 2-7 мл посредством нагнетания, через катетер, установленный в инструментальный канал эндоскопа. Санации проводили после предварительного отмывания полости дивертикула 20-40 мл физиологического раствора с периодичностью процедуры 1 раз в 2-3 суток, до купирования активного воспаления в дивертикуле. Этапные санации при гнойном дивертикулите выполнены у 24 (33,8%) больных. Эффективность консервативного лечения оценивали на основании купирования клинических проявлений и нормализации лабораторных показателей (общего анализа крови, С-реактивного белка), а также эндоскопической картины (отсутствие гнойного отделяемого, купирование парадивертикулярной инфильтрации и гиперемии слизистой). Средняя длительность стационарного лечения составила 14,7±2,6 к/день. Имел место 1 (1,4%) летальный исход в послеоперационном периоде, связанные с прогрессированием абдоминального сепсиса у пациентки с тяжелой соматической патологией. Выводы: 1. При осложнениях ДБ ТК хирургическая активность составляет 39,4%. 2. Комплексная консервативная терапия у 60,6% больных с осложнениями ДБ ТК позволяет достичь положительных результатов лечения. 3. Видеоколоноскопия при остром дивертикулите не влияет на увеличение развитий осложнений и в 33,8% является лечебной манипуляцией.

180. Применение вакуумной терапии при лечении осложнений лапароскопической продольной резекции желудка (клиническое наблюдение)

*Анисимова К.А., Лапшин А.С., Баландов С.Г.,
Корольков А.Ю., Киселева Е.В., Давлетбаева Л.И.*

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Центр
хирургического лечения ожирения и
метаболических нарушений

Терапия отрицательным давлением (Negative Pressure Wound Therapy - NPWT) за последние десять лет получила широкое распространение в различных областях практической медицины, и хирургии – в частности. В настоящее время NPWT с успехом применяется в лечении абдоминальной инфекции, ран, ожогов. В определенных клинических ситуациях вакуум терапия является единственно возможным вариантом достижения благоприятного исхода заболевания. В сентябре 2017 года в центр хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений ПСПбГМУ им. И.П. Павлова была госпитализирована пациентка 59 лет, страдавшая морбидным ожирением (ИМТ=46 кг/м², распределение жировой клетчатки по абдоминальному типу, окружность талии 126 см, избыточная масса тела 56 кг) и ассоциированным с ним метаболическим синдромом (артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа, дислипидемией). После коррекции коморбидного фоне 16.10.2017. была выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка. Пациентка была активизирована через два часа после оперативного вмешательства, на следующие сутки переведена из ОРИТ в отделение в стабильном состоянии. На вторые сутки было отмечено увеличение оттока экссудата по дренажу брюшной полости, тахикардия, усиление болей в верхних отделах живота, слабость. В клиническом анализе крови отмечались признаки умеренной воспалительной реакции с незначительным повышением уровня маркеров дисфункции печени и почек. Для выявления причин неблагоприятного исхода пациентке было выполнено рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта с водорастворимым контрастным веществом, при котором была выявлена негерметичность сформированной желудочной трубки на границе средней и нижней трети по задней стенке. Для устранения возникшего осложнения 18.10.17. была выполнена

лапароскопическая операция - ушивание перфоративного отверстия задней стенки культи желудка (проверкой герметичности), санация и дренирование брюшной полости. В течение двух суток терапии в ОРИТ состояние пациентки стабилизировалось, показатели воспалительной реакции регрессировали, она была переведена в хирургическое отделение. При контрольном рентгенологическом исследовании пищевода и желудка 23.10.17. утечек контрастного вещества не было выявлено. Через десять дней после повторной операции (28.10.17.) состояние пациентки вновь ухудшилось, появились клинические и лабораторные признаки системной воспалительной реакции. При компьютерной томографии было констатировано наличие свободной жидкости и воздуха в верхних отделах брюшной полости. По жизненным показаниям 28.10.17. была выполнена третья операция – диагностическая лапароскопия, лапаротомия, ушивание острой язвы культи желудка, санация и дренирование брюшной полости. Через трое суток (01.11.17.) у пациентки развился гнойный воспалительный процесс в области послеоперационной раны. При рентгенологическом исследовании с контрастным веществом констатирована несостоятельность швов культи желудка. Продолжение прежней тактики лечения признано бесперспективным. По неотложным показаниям пациентке выполнена релапаротомия, имплантирована система для проведения NPWT. Первая плановая смена абдоминальных компонентов системы осуществлено через шесть суток (07.11.17.). Констатировано значительное уменьшение экссудации, сокращение глубины и площади раневой поверхности за счет развития гранулирующей ткани, снижение показателей системной воспалительной реакции. Далее замена компонентов системы для NPWT проводилась через каждые 4 дня, 14.11.17. терапия отрицательным давлением завершена. Через 14 суток, после наложения вторичных швов на рану, пациентка выписана из стационара. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует высокую эффективность терапии отрицательным давлением при развитии тяжелых абдоминальных хирургических осложнений у полиморбидных пациентов со сниженными регенераторными способностями тканей и значительным риском неблагоприятного исхода.

181. Влияние воспалительного процесса в стенке толстой кишки на развитие несостоятельности анастомоза при резекциях прямой кишки по поводу рака

Топузов Э.Г., Шишкина Г.А., Петряшев А.В., Топузов Э.Э., Плотников Ю.В., Тютюнников Д.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность В последние годы возросло число операций по поводу рака прямой кишки с первичным восстановлением непрерывности толстой кишки. В то же время частота несостоятельности колоректальных и колоанальных анастомозов остается высокой и составляет, по данным различных авторов, от 6 до 45%. Нет единого мнения относительно влияния воспалительного процесса в кишке на развитие несостоятельности анастомоза. Оценка влияния данного фактора на развитие несостоятельности швов анастомоза позволит определить необходимость корректировки проводимого лечения у данных пациентов. Цель исследования: определение влияния воспалительного процесса в стенке кишки на развитие несостоятельности швов анастомоза при резекциях прямой кишки по поводу опухоли. Материал и методы Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 75 больных раком прямой кишки, проходивших лечение в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2004 по 2015гг., которым были выполнены резекции прямой кишки с формированием первичного анастомоза, без формирования превентивной стомы. Из 75 больных 23 пациента были мужского пола (30,7%), женщин было 52 человека (69,3%). Возраст больных колебался от 34 до 86 лет. Средний возраст составил $65,7 \pm 11,55$ лет. Результаты исследования В ходе исследования несостоятельность швов сформированного анастомоза выявлена у 11 пациентов (группа А). Частота несостоятельности анастомоза составила 14,7%. В группу В были включены 64 пациента (85,3%), у которых несостоятельность швов анастомоза не развилась. В ходе анализа между группами не было выявлено достоверных различий по стадии заболевания, локализации опухоли в отделе прямой кишки. Воспалительные явления в её стенке выявлены у 21 больного (28%). Воспалительные заболевания толстой кишки выявлены у 7 пациентов (9,3%): дивертикулярная болезнь с эпизодами

дивертикулита в анамнезе у 2 больных, язвенный колит у 1 пациента и болезнь Крона также у 1 больного. Также воспалительные явления в стенке кишки выявлены ещё у 14 больных вследствие развития воспалительных явлений при субкомпенсированном и декомпенсированном нарушении кишечной проходимости. При этом несостоятельность анастомоза развилась у 8 пациентов (10,6%). При анализе выявлены достоверные различия в распределении частот между группами пациентов с развившейся несостоятельностью швов анастомоза и без неё ($p=0,006$). При этом $OШ=6,87$; $p<0,05$. Выводы Воспалительные явления в стенке толстой кишки являются фактором риска развития несостоятельности сформированного анастомоза при резекции прямой кишки и показанием к формированию превентивной стомы для её профилактики.

182. Ключевые аспекты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы.

Алибегов Р.А.(1,2), Касумьян С.А.(1), Жвиташвили И.Д.(2), Сергеев О.А.(1,2), Прохоренко Т.И (2).

Смоленск

1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск.

Актуальность: на современном этапе выполнение панкреатодуоденальной резекции (ПДР) по поводу протокового рака головки поджелудочной железы обязывает жестко соблюдать 2 правила: выполнение расширенной лимфодиссекции Д2 и формирование надежного панкреатодигестивного соустья (ПДС). Материалы и методы: анализированы результаты 94 пациентов с протоковым раком головки поджелудочной железы. Классическая ПДР – 73, пилоросохраняющая ПДР – 21). Мужчин было 67,1%, женщин – 32,9%. Средний возраст составил $56,7 \pm 9,8$ лет. Традиционная ПДР была выполнена в 12 случаях (в настоящее время не выполняется при протоковом раке ПЖ), ПДР с расширенной лимфодиссекцией Д2 – 82. Онковаскулярные

вмешательства (n=22): резекция венозного мезентерико-портального конfluence выполнена в 14 случаях, боковая – 4 (при инвазии менее 1/3 полуокружности), резекция с протезированием – 3, пластика верхней брыжеечной артерии – 1. Проведена сравнительная оценка 7 различных способов обработки культи ПЖ (6 видов ПДС и наружная панкреатикостомия). Условно пациенты разделены на три группы по способам формирования ПДС. На начальном этапе (1 подгруппа) применялись три методики формирования панкреатоюноанастомоза (ПЕА) n=40: «конец-в-конец» – 10, «конец-в-бок» – 18, «duct-to-mucosa» – 12. Наружную панкреатикостомию применяли на начальном этапе у 8 пациентов, ввиду высокой частоты несостоятельности ПДС при мягкой консистенции ПЖ (в настоящее время не используется согласно клиническим рекомендациям). В дальнейшем разработан и успешно внедрен оригинальный панкреатогастроанастомоз (ПГА) n=34 (2 подгруппа): инвагинационный – 19, методика «duct-to-mucosa» применена у 15 больных. В 2016 г. в клинике внедрена методика ПЕА типа Blumgart, n=12 (3 подгруппа). Результаты: оценка послеоперационных осложнений и летальности проводилась в срок 30 дней после операции. Панкреатическая фистула встречалась у 11,7% (n=11) пациентов (stage A – 4, stage B – 4, stage C – 3). Несостоятельность ПЕА «конец-в-конец» – 20% (n=2, stage B – 1, stage C – 1), несостоятельность ПЕА «конец-в-бок» – 22,2% (n=4, stage A – 1, stage B – 1, stage C – 2), несостоятельность ПЕА «duct-to-mucosa» – 16,6% (n=2, stage A – 1, stage B – 1), несостоятельность инвагинационного ПГА – 10,5 (n=2, stage A – 1, stage B – 1), в подгруппе пациентов с ПГА «duct-to-mucosa» несостоятельности не наблюдалось, несостоятельность в подгруппе с ПЕА по Blumgart – 8,3% (n=1, stage A). Общая частота осложнений 43,6% (n=41), летальность 7,4% (n=7). В 1 подгруппе пациентов с ПЕА послеоперационные осложнения и летальность встречались в 67,5% (n=27) и 12,5% (n=6) случаях, в группе ПГА – 29,4 (n=10) и 1 (2,9%) соответственно. В третьей подгруппе (ПЕА по Blumgart) частота осложнений – 8,3% (n=1), послеоперационной летальности не отмечалось. Заключение: выполнение расширенной лимфодиссекции Д2 является обязательным при лечении протоковой аденокарциномы ПЖ и прописано в клинических рекомендациях. Формирование ПДС при лечении рака головки ПЖ является ключевым моментом реконструктивного этапа ПДР, поскольку его несостоятельность отодвигает сроки адъювантной химиотерапии или вообще исключает ее из

программы лечения, что значительно влияет на выживаемость больных и нарушает клинические рекомендации по лечению. Выводы: ПГА является надежным и безопасным способом на реконструктивном этапе ПДР. С использованием ПГА уровень послеоперационных осложнений и летальность удалось снизить до 29,4% и 2,9% соответственно. Получены обнадеживающие результаты первого опыта применения ПЕА по Blumgart. Данная методика требует дальнейшего изучения.

183. Этапное лечение сложных подковообразных прямокишечных свищей

Демин А.Н., Цицкарава А.З., Корольков А.Ю.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Актуальность В современной колопроктологии по-прежнему остаются дискуссионными темы хирургического лечения сложных прямокишечных свищей. Процент рецидивов после одномоментных реконструктивно-пластических операций составляет от 16 до 24%. Также достаточно высокий риск развития анальной инконтиненции в отдаленном послеоперационном периоде (39%) является поводом к поиску более щадящих, но в тоже время радикальных методов хирургического лечения сложных ректальных свищей. Материалы и методы За период 2015-2017 гг. в клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова госпитализировано и пролечено 12 пациентов со свищевой формой хронического парапроктита. Особенность данной группы пациентов – наличие полного сложного трансфинктерного ректального свища U-образной (подковообразной) формы, имеющего дополнительные слепые и множественные затеки. Перед выбором метода оперативного лечения пациенты были полностью обследованы. Диагноз подтвержден по данным МРТ мягких тканей тазового дна и фистулографии. Первым этапом (подготовительным) под спинальной или местной анестезией выполнялась санация и удаление

затеков в параректальной клетчатке, иссечение дополнительных слепых свищевых ходов. Далее через свищевой ход «по короткому пути» устанавливался дренаж (сетон) сроком от 1 до 3-4 месяцев для формирования простого свища. За данный период времени пациенты динамически наблюдались амбулаторно. При объективном осмотре отмечались незначительные выделения через наружное свищевое отверстие (в течение первых 2-3 недель). В дальнейшем формировался прямой ход. При контрольной МРТ – определялся один прямой полный свищевой ход, располагающийся трансфинктерно; новых затеков или дополнительных ходов не было обнаружено за исключением одного случая, потребовавшего санационного дренирования образовавшегося затека. Вторым этапом (радикальным) под спинальной анестезией проводилась операция LIFT. Полученные результаты. Все пациенты в стационаре провели в среднем 7-10 койко-дней. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. В первые дни после операции у 8 пациентов замечено недержание газов. Полностью функция удержания восстановилась к моменту выписки (на 8-10 сутки после операции). Период послеоперационного амбулаторного наблюдения составил от 9 месяцев до полутора лет. Рецидивов заболевания или послеоперационных осложнений за данный период не обнаружено. Обсуждение. Всем пациентам со сложным U-образным трансфинктерным полным прямокишечным свищом применено двухэтапное хирургическое лечение, состоящее из подготовительного этапа (проведение сетона с целью дренирования свищевых ходов и формирования прямого канала) и радикальной операции (LIFT). Выбор этапности лечения и применение данного хирургического метода позволило добиться обнадеживающих результатов ввиду полного отсутствия послеоперационных осложнений, столь актуальных в случае сложных ректальных трансфинктерных свищей. Выводы и рекомендации. Этапное лечение в случае сложных прямокишечных свищей является перспективным и радикальным методом. Данные клинические случаи доказывают успешность применения двухэтапного метода лечения и выбора хирургического вмешательства.

184. Опыт организации стационара краткосрочного пребывания в условиях автономного амбулаторного учреждения.

Ишутин С.В. Островский Д.А. Субботин А.Ю.

Благовещенск

ГАУЗ АО "Городская поликлиника №1"
г. Благовещенска

Актуальность проблемы: В плане мероприятий по реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки РФ» задачей медицинской отрасли, является обеспечение максимальной доступности стационарной помощи населению за счёт широкого внедрения в практику ресурсосберегающих стационарзамещающих технологий. Общеизвестны две формы оказания медицинской помощи: стационарная и амбулаторная. В приказе МЗ №2002 от 04.11.2002г. декларируется «стационарзамещающая медицинская помощь». Организация многопрофильного отделения дневного пребывания в ГАУЗ АО «Городская поликлиника №1» г. Благовещенска преследовала следующие цели и задачи: развитие в первичном звене здравоохранения всех элементов первичной специализированной хирургической помощи, повышение доступности первичной медико-санитарной помощи больным хирургического профиля, развитие современных стационарзамещающих технологий, сокращение затрат на дорогостоящие виды стационарной медицинской помощи. Материалы и методы: Дневной стационар в ГАУЗ АО «Городская поликлиника №1» функционирует на 36 коек с января 2010 года (20 терапевтических и 16 хирургических коек) Дневной стационар территориально расположен на третьем этаже поликлиники, оборудован современной вентиляционной системой. Имеются операционная плановая и экстренная, перевязочная чистая и гнойная, пост медицинской сестры, 9 палат, кабинет врача - хирурга, кабинет заведующей отделением, ординаторская, процедурный кабинет, кабинет старшей медицинской сестры, отдельный сан. узел, материальная. Операционные оснащены современными операционными столами, имеется эндовидеоконкомплекс, бестеневые операционные лампы, наркозный аппарат, общехирургический и лапароскопический инструмент. С 2010 года в условиях дневного стационара пролечено 12710 пациентов с различной патологией. Из них:

консервативно - атеросклероз сосудов конечностей, диабетические ангиопатии, ПТФС, лимфостаз конечностей, пиелонефрит, синусит, отиты, хориоретинодистрофия, 8191 (64,5%) пациентов. Оперировано 4519 пациента (35,5%). Из них: Грыжесечения - 680 из них при пупочных грыжах 265, паховых грыжах 275, вентральных грыжах 70; флэбэктомий 203; иссечение новообразований кожи и подкожной клетчатки 1415; иссечение суставной сумки при хроническом бурсите 90; иссечение гигромы 251; операции по поводу гнойно-воспалительных заболеваний подкожно-жировой клетчатки 1295; лапароскопическая холецистэктомия 5; лапароскопическая герниопластика 2; циркумцизия 78; операции при водянке яичек 65; коррекция лопухости 25; трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцистостомия 30; прочие операции 380. Отбор пациентов, для планового оперативного лечения, в дневной стационар осуществляется на приёме узкими специалистами в соответствии с показаниями. Для плановой госпитализации пациенты проходят обследование амбулаторно, согласно стандартам нозологий. Врачом, направляющим больного заполняется стандартное направление на госпитализацию. Для больных разработана памятка об их действиях перед и после операции, где чётко разработан алгоритм действий пациента. В памятке указаны контактные телефоны врачей. При необходимости после оперативного вмешательства пациент может быть доставлен домой на транспорте поликлиники. Выводы: Дневной стационар является эффективной заменой стационару круглосуточного пребывания в случае, когда больные не нуждаются в постоянном наблюдении. Медицинская эффективность работы определяется конечным результатом лечебного процесса - за все годы работы с улучшением выписывается более 90,0% больных. Экономическая эффективность подтверждается высокими показателями занятости (510,6) и оборота (60,4) койки. Средний срок пребывания больных в стационаре – 8,4 дня. Социальная эффективность связана с возможностью вести активный образ жизни больными и при небольшом сроке пребывания в стационаре восстановить трудоспособность.

185. Выбор метода операции при панкреатических свищах

*Красильников Д.М. (1,2), Зайнуллин И.В. (2),
Малова И.И. (1,2), Матвеев В.Ю. (2),
Абдульянов А.В. (1), Имамова А.М. (2),
Можанов Е.В. (1).*

Казань

ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет»; ГАУЗ
«Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность исследования. Выбор оптимального метода операции у пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным панкреатическими свищами остается одной из нерешенных проблем в современной хирургии. Цель исследования: определить оптимальные варианты хирургических пособий у пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным панкреатическими свищами. Материал и методы. В клинике хирургических болезней №1 ФГБОУ ВО «КГМУ» на базе хирургических отделений ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с 2010 по 2017 гг. оперировано 257 пациентов с хроническим панкреатитом, из них у 15 (5,9%) показаниями к операции являлись наружный свищ поджелудочной железы, у 10 (3,9%) панкреатикоплевральный свищ. У большинства пациентов причиной развития панкреатических свищей послужил перенесенный панкреонекроз, у 3 – закрытая травма живота с повреждением поджелудочной железы III степени. Мужчин 23 (92,0%), женщин 2 (8,0%), все пациенты работоспособного возраста. Программа диагностики включала в себя изучение клинико-объективных, лабораторных данных, лучевых методов исследований, ЭФГДС, фистулографии, плевральные пункции с контролем уровня амилазы в пунктате, по показаниям выполняли торакоскопию. Обращает внимание запоздалое выявление у пациентов панкреатикоплевральных свищей, превышающее в ряде случаев 12 месяцев от начала заболевания, когда уже формируются глубокие структурные изменения в железе. Этим же можно объяснить неэффективность проведения стентирования вирсунгова протока у 5 пациентов, характеризующееся в прогрессировании плеврита. Результаты. В 12 (48,0%) наблюдениях у пациентов с наружными свищами поджелудочной железы выполнена органосохраняющая операция, заключающаяся в удалении панкреатического свища, продольной панкреатиковирсунготомии,

восстановлении проходимости панкреатического протока, формировании анастомоза на изолированной петле тощей кишки. Дистальная резекция поджелудочной железы вместе с наружным свищем произведена у 3 (12,0 %) пациентов, в связи с кистозно-фиброзной трансформацией, кальцинозом железы, стриктурами вирсунгова протока. Определение оптимальной хирургической тактики у пациентов с панкреатикоплевральными свищами зависит от характера плевральных осложнений, структурных изменений в поджелудочной железе. У 9 (36,0%) пациентов с конкрементами, стриктурами вирсунгова протока, кистами поджелудочной железы, имеющими связь с плевральной полостью, в течение недели проводили интенсивную терапию, через день плевральные пункции, а в последующем после разобщения свища между поджелудочной железой и плевральной полостью выполнена операция Ruestow. В 1 (4,0%) случае, в виду глубокого изъязвления тела поджелудочной железы, произведена дистальная гемипанкреатикоэктомия со спленэктомией. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 5 (20,0%) пациентов, без летальных исходов. Заключение. При наружных свищах поджелудочной железы операция показана при нарушении оттока секрета поджелудочной железы с большими потерями. Наилучшие результаты имеют органосохраняющие вмешательства. У пациентов со свищами сообщающихся с плевральной полостью решающее значение имеют ранняя диагностика, качественная предоперационная подготовка. Декомпрессионная плевральная пункция, торакоскопия снижают панкреатогенную интоксикацию и позволяют выполнить операцию в более благоприятных условиях.

186. Хирургическая тактика при острой толстокишечной непроходимости

*Можанов Е.В.(1), Красильников Д.М.(1),
Миннуллин М.М.(2), Зефиоров Р.А.(2),
Толстиков А.П.(2), Зарипов А.Р.(2)*

Казань

- 1) ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
- 2) ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность исследования. Колоректальный рак занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости во многих регионах России. При этом новообразования ободочной кишки осложняются кишечной непроходимостью в 30-35%, прямой кишки - 20 – 25%. Кроме того, отмечается высокая частота послеоперационных осложнений и летальности. Цель исследования: определить алгоритм хирургической тактики у пациентов с острой толстокишечной непроходимостью. Материал и методы. На базе хирургического и колопроктологического отделений ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» клиники хирургии №1 ФГБОУ ВО «КГМУ» с 2006 по 2016 гг. находились на лечении 386 пациентов с острой толстокишечной непроходимостью в возрасте от 15 до 90 лет, 65% пациентов были старше 60 лет, из них женщин 220(57,0%), мужчин 166(43,0%). Результаты. Причинами непроходимости явились злокачественные новообразования толстой кишки у 323(83,7 %) пациентов, рубцовые стриктуры толстой кишки 26(6,7%), заворот сигмовидной кишки 19(4,9%), ущемленные грыжи 11(2,8%), копростаз 7(1,9%). Локализация опухоли левой половины ободочной кишки выявлена в 205(63,5%) случаев и прямой кишки 96(29,7%). При этом местно-распространенный рак встретился у 92(28,5%) пациентов, отдаленные метастазы у 72(22,3%). Причинами рубцовых стриктур толстой кишки являлись болезнь Крона у 18(69,2%) пациентов, дивертикулярная болезнь у 6(23,1%) и стриктура анастомоза у 2(7,7%). Диагностическая программа включала в себя лабораторные исследования, обзорную рентгенографию и УЗИ органов брюшной полости. КТ брюшной полости выполнена у 214(55,4%) пациентов, что позволяло установить причину непроходимости и локализацию препятствия, местно-распространенный характер опухоли, наличие отдаленных метастазов. Ректороманоскопия выполнена 58(15,0%)

пациентам при подозрении на опухоль прямой кишки. В 96(24,9%) случаях выполнена экстренная колоноскопия, у 9 пациентов с опухолью левого фланга ободочной кишки проведена её реканализация, эндоскопическая деторзия при завороте сигмовидной кишки также у 9. Лапароскопия произведена у 18 пациентов на фоне компенсированной толстокишечной непроходимости с признаками нерезектабельной опухоли с наличием отдаленных метастазов по данным КТ с целью биопсии и формирования проксимальной двустольной стомы. Лечебная программа начиналась с консервативной терапии, которая включала в себя инфузионную терапию, очистительные клизмы, спазмолитики и анальгетики. Консервативная терапия была эффективна у 95(24,6%) пациентов. После дообследования по показаниям выполнялась отсроченная радикальная операция. Объем экстренного хирургического вмешательства зависел от наличия перитонита, стадии опухолевого процесса, состояние витальных функций. Двустольная стома была выведена у 99(25,6%) пациентов, резекция кишки с выведением концевой стомы у 185(47,9%), обходной анастомоз наложен у 7(1,8%). Осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 51,3% пациентов. Летальность составила 22(7,6%).

Заключение. Острая толстокишечная непроходимость является тяжелой патологией с высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности. Результаты лечения зависят, прежде всего, от своевременности поступления пациентов в стационар и ранней диагностики, тяжести состояния, причин и степени компенсации кишечной непроходимости, а так же наличия перитонита, стадии бластоматозного процесса.

187. Overview of bariatric procedure use in the USA based on American College of Surgeons and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery MBSAQIP database

*Andrew Averbach, MD, FACS, FASMBSDirector,
Bariatric & Laparoscopic Surgery*

Балтимор, США

Госпиталь Св. Агнессы

We have this national bariatric surgery database for accredited centers (850 hospitals and about 3000 surgeons) who report their cases which is >90% of all cases done in US. Latest breakdown by procedure in about 200,000 cases done each year is as follows: Sleeve Gastrectomy 55-60% Bypass 25-30% Duodenal switch or bilio-pancreatic diversion - 2% All others <5% Increasing number of revisions (Band to Sleeve or Bypass, Sleeve revision, Bypass revision) - 10-15%. DS/BPD is the most powerful procedure with highest weight loss and co-morbidities remission. Too complex, has substantial short term and long term morbidity, requires very intense patient follow up after surgery and that's why very few surgeons are doing it. A lot of talk on need to increase its prevalence due to increasing number of the failed Sleeves in BMI>50 and need for revision to DS for weight loss. Again very few surgeons are actually doing that. There is a new procedure which is actively being researched - Single anastomosis DS (SADS), simple to do, appears to have good weight loss outcomes, but higher risk anastomosis (duodena-enterostomy). Not a standard of care at present. There was a lot of excitement for Sleeve Gastrectomy in past 10 years and it grew from 0 in 2008 to 60% of all cases in 2016. At our last ASMBS meeting there was a lot of disappointment with weight regain and especially GERD. After 5 years 30-40% of patients need revision for GERD or weight gain. Most frequently converted to Gastric bypass. Good control of reflux and very mixed results with weight loss. After failed Sleeve without reflux but weight gain, DS or SADS might be best option, but again, because of higher risk anastomosis, majority would do Gastric Bypass. There is renewed attention to Bypass as a primary procedure. While our statistics show that Sleeve morbidity and mortality is much lower than bypass in first 90 days, what happens in the long run might be different and Bypass at least will have its role. GERD is evidently a big issue with Sleeve patients and more and more surgeons are suggesting not to do Sleeve in patients with severe baseline GERD, Barrett's esophagus. Patients must be actively screened for hiatal hernia both before and

during surgery and needs to be repaired. Reports indicate 60% hiatal hernia repair at the time of Sleeve. Growing trend to look for individualized indications for different procedures based on patients co-morbidities like diabetes, GERD and etc. Remission rate and long term sustained remission of diabetes is better after bypass than sleeve. On the other hand if you have far advanced diabetes and not expecting remission with weight loss, then there is no difference in the long run if it is Sleeve or Bypass. If you have patient with GERD and diabetes, then Bypass is best. Bands are nearly abandoned, very few case and trend is down. Number of Band revisions is now higher than number of new Bands. Band is converted to sleeve in about 60% just because Sleeve is so popular and 40% to Bypass. Not clear which one is best. Converting to Sleeve is technically challenging due to scarring of proximal stomach. Some studies argue that weight loss is better after conversion to Bypass. Still being investigated. Nobody knows what to do with weight regain after gastric bypass. What's the best revisional procedure. У нас есть доступ к национальной базе данных по бариатрической хирургии, которая содержит информацию из 850 аккредитованных центров, от более чем 3000 хирургов. Более 90% всех операций, выполненных в США. По последним данным в США ежегодно выполняется более 200 000 операций. Рукавная гастропластика 55-60%. Желудочное шунтирование 25-30%. Билиопанкреатическое шунтирование с выключением 12 перстной кишки DS/BPD или классическая BPD (операция Scopinaro). -2%. Все остальные – менее 5% Неуклонно возрастает количество реконструктивных операций таких как: реконструкция бандажирования в рукавную гастропластику или желудочное шунтирование, ревизия при недостаточно эффективных операциях рукавной гастропластики и желудочного шунтирования -10-15%. DS/BPD – самая «сильная» из всех бариатрических операций с наилучшей потерей веса и разрешением коморбидных заболеваний в стадии ремиссии. Однако эта операция сложна в исполнении и сопровождается большим количеством ранних и отдаленных осложнений. После этой операции в обязательном порядке требуется активное наблюдение за пациентом в течение всей его жизни. Вероятнее всего, по этой причине столь малое число хирургов ее выполняют. Много разговоров ходит о том, что необходимо повышать число таких операций, поскольку растет количество пациентов с ИМТ более 50кг/м², которым ранее была выполнена рукавная гастропластика и которые снова набирают вес. Таким пациентам показана DS/BPD, однако очень немногие хирурги за это берутся. Существует, однако, новая операция,

которая сейчас активно изучается. Речь идет об операции SADS (Single Anastomosis Duodenal Switch) – это по сути билиопанкреатическое шунтирование с выключением 12 перстной кишки, только с одним анастомозом на длинной петле. Эта операция уже показала хорошие результаты по снижению веса, но она пока еще не является стандартной процедурой, в силу высокого риска несостоятельности дуодено-энтероанастомоза. За последние 10 лет, много хлопот и волнений доставляет Рукавная гастропластика. Начиная с 2008 восьмого по 2016 год, ее удельный вес среди других бариатрических операций в США возрос с 0 до 60%! На последнем конгрессе American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), было сделано множество сообщений о разочаровании результатами данной операции, о возврате веса, и в особенности о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (GERD). Через 5 лет после первичной операции 30-40% пациентов требуют ревизии в связи с возвратом веса или развитием GERD. Наиболее часто производится конверсия в желудочное шунтирование с гастроэнтероанастомозом по Ру, которая позволяет хорошо контролировать гастроэзофагеальный рефлюкс, и дает некоторое снижение веса. При отсутствии рефлюкса, но при возврате веса, DS и SADS могли бы быть хорошим решением, однако, по причине, о которой мы уже упоминали выше, делаются эти операции очень редко. Большинство бариатрических хирургов прибегают в этой ситуации также к желудочному шунтированию. Мы отмечаем новый рост интереса к операции желудочного шунтирования как к первичной операции. И хотя наша статистика показывает значительно меньшее количество осложнений после рукавной гастропластики в течение первых 90 дней, отдаленные результаты могут быть различными. Желудочное шунтирование, по крайней мере, является операцией проверенной временем и дающей стабильный эффект. GERD очевидно, является большей проблемой для пациентов с рукавной гастропластикой. Все больше хирургов не рекомендуют выполнять эту операцию пациентам с тяжелыми проявлениями GERD и при наличии пищевода Баррета. Пациент должен быть тщательно обследован на предмет наличия грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, как перед операцией, так и в ходе ее. При необходимости обнаруженная грыжа должна быть устранена. Сообщают о 60% необходимости операции по поводу грыжи пищеводного отверстия в ходе рукавной гастропластики. Все чаще встречается тактика индивидуального выбора операции для каждого пациента. Выбор должен основываться на

наличии или отсутствии у пациента коморбидной патологии, такой как диабет второго типа или GERD. Ремиссия диабета, причем стабильная многолетняя ремиссия встречается чаще после шунтирующих операций, чем после рукавной гастропластики. С другой стороны, если у пациента тяжелый запущенный диабет, и нет оснований ожидать его ремиссии после потери веса, нет никакой разницы – будет ли ему выполнено желудочное шунтирование или рукавная гастропластика. Если же у пациента имеется и диабет и GERD, желудочное шунтирование будет для такого пациента лучшим решением. Бандажирование в ближайшее время, вероятно, перестанет выполняться. В настоящее время делается совсем немного таких операций и имеется постоянная тенденция к уменьшению их числа. Количество реконструктивных операций после бандажирования уже превышает количество первичных вмешательств. Бандажирование конвертируется в рукавную гастропластику примерно в 60% случаев, поскольку эта операция более популярна, и в 40% переделывается в желудочное шунтирование. На данном этапе неизвестно что лучше. Конверсия в рукавную гастропластику связана с техническими трудностями вследствие наличия грубых рубцовых изменений в проксимальном отделе желудка. Некоторые исследования оспаривают тот факт, что снижение веса лучше после конверсии в желудочное шунтирование. Данная проблема все еще находится на стадии изучения. Никто пока не знает, что делать при возврате веса после желудочного шунтирования. Какая реконструктивная процедура лучше.

188.Современные представления о применении тканевых экспандеров в детской практике

*Щербакова М.А., Трусов А.В., Рыбченко В.В.,
Фомина М.Г.*

Москва

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова ГБУЗ Детская Городская
Клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского,
Москва

Актуальность: баллонная дермотензия- методика, незаменимая при лечении пациентов с обширными дефектами кожи, которая уже более 30 лет широко используется в детской практике. Модернизации и модификации этой методики позволяют достичь лучшего косметического и функционального результата, а так же снизить процент осложнений. Материал и методы. Проанализировано 50 случаев проведения оперативного лечения у 45 детей (29 женского, 16 мужского пола) с послеожоговыми рубцами- 39 детей, посттравматическими рубцами- 3 детей, ожоговой травмой- 1 ребенок, острой механической травмой-1 ребенок, синдромом Адамса- Оливера-1 ребенок, за период 2012-2017 год. Возраст детей – от 2 до 17 лет. У 17 детей основной жалобой был косметический дефект, у 23 причиной были рубцовые стяжения и контрактуры, у 10 – сочетание этих двух проблем. Во всех случаях мы использовали латексные экспандеры. Максимальное количество экспандеров, имплантируемых одномоментно- 4. В 3 случаях выполнялась эндоскопически ассистированная установка экспандеров. В 17 случаях растяжению подвергался участок кожного покрова, используемый в последствии в качестве свободного полнослойного трансплантата. В 45% случаев дермотензия проводилась амбулаторно. В 22,5% случаев в раннем послеоперационном периоде как после имплантации экспандера, так и после проведения реконструктивного этапа, в рану (или под экспандер) устанавливался активный дренаж, представляющий собой силиконовую трубку с присоединенным на конце шприцом. Полученные результаты и обсуждение. В 10 % случаев в исходе операции наступило выздоровление, в 86% - улучшение. В 4% случаев из-за возникших осложнений результат операции можно считать неудовлетворительным. 7 детям были устранены алопеции волосистой части головы, в 2 случаях успешно закрыты обширные гранулирующие раны. У 38 детей с последствиями ожогов были полностью

или частично устранены рубцовые деформации и контрактуры. В большинстве случаев (66%) имплантировалось 2 и более экспандера, что увеличило вероятность положительного исхода операции даже при возникновении проблем с одним из экспандеров. В нескольких случаях баллонная дермотензия с успехом проводилась у детей в остром периоде травмы, с хорошими отдаленными результатами. Активный дренаж, устанавливаемый в послеоперационную рану на 2-5 суток позволял избежать скопления экссудата, тем самым снижая риск нагноения ложа экспандера или расхождения краев раны. Выводы. Имплантация экспандеров у детей в остром периоде механической или ожоговой травмы позволяет закрыть раневые поверхности полнослойным аутодермотрансплантатом, что особенно значимо для таких зон, как лицо и конечности. Так же дермотензия позволяет получить избыток здоровой кожи у детей с обширными дефектами мягких тканей и является решением проблемы дефицита донорского материала у таких пациентов. Применение активного дренажа снижает риск послеоперационных гнойных осложнений. Рекомендации. 1. Имплантация 2-х и более экспандеров при обширных поражениях кожи - увеличивает вероятность успешного исхода операции. 2. Установка активного дренажа в ложе экспандера или под сформированный лоскут уменьшает вероятность гнойных осложнений. 3. Применение дермотензии для устранения обширных ожоговых ран в важных анатомических локализациях - позволяет достичь наилучшего косметического результата. 4. Эндоскопически ассистированная имплантация экспандера рекомендуется при установке баллона в зоне с повышенной васкуляризацией.

189. Об использовании ультразвукового метода обследования пострадавших при травме груди

*Зайцев Д.А., Гедгафов Р.М., Мовчан К.Н.,
Лишенко В.В., Жарков А.В., Русакевич К.И.,
Слободкина А.С.*

Санкт-Петербург, 2) В. Новгород

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
- 2) Всероссийский центр экстренной и

Введение: В настоящее время наблюдается рост удельного веса повреждений груди среди случаев травмы. Проблемы ранней диагностики травмы органов груди (ТрГ) сохраняются. Сугубо клиническое обследование пациентов с ТрГ не позволяет в полной мере оценить объем и степень тяжести повреждения. Такие лучевые методы обследования как рентгенологическое исследование и компьютерная томография сопряжены с негативной нагрузкой на пациента. Возможности же эхографии (УЗИ) при обследовании пациентов с ТрГ практически не изучены. Цель исследования: оценить результаты использования УЗИ у пациентов с ТрГ. Материалы и методы: Проанализированы данные о 104 пострадавших, госпитализированных в 2015 г. в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России (клинической базы СЗГМУ им. И.И. Мечникова) в связи с ТрГ. Средний возраст пострадавших - 42±4,2 года. Превалировали (71 чел. - 72%) мужчины. Результаты: Данные ультразвуковой семиотики в течение 1-х суток после травмы оценены у 39 пострадавших. Признаки пневмоторакса выявлены у 2 чел., гидроторакса у 14, гемопневмоторакса у 3. Необходимость в хирургическом вмешательстве констатирована в 30 случаях (22 пациентам – выполнено дренирование плевральной полости (ПП), 6 – видеоторакоскопия (ВТС) с эвакуацией из ПП жидкостного содержимого и воздуха при отсутствии продолжающегося кровотечения, 1 – ушивание раны легкого, 1 – ушивание раны диафрагмы). У 20 пострадавших с ушибом груди не отмечено признаков гиповентиляции легочной ткани и скопления экссудата в ПП. Очевидно, что при переломах ребер эхолокационная картина при исследовании груди более выразительна по причине снижения степени расправляемости легочной ткани на вдохе. Переломы ребер с повреждением плевры и легкого как правило сопровождаются подкожной эмфиземой (8 случаев). Костные повреждения в 17 случаях

сопровождались кровоизлияниями в паренхиму легких, под париетальную плевру и в ПП. При объеме крови в реберно-диафрагмальном синусе менее 250-300 мл не всегда удавалось выявить гемоторакс методами объективного исследования и рентгенологически, а при эхолокации у 15 пострадавших с большой степенью достоверности определяли гемоторакс, в том числе и при толщине слоя жидкости в 5 мм. Признаки пневмоторакса при УЗИ отчетливо выявлены у 2 пострадавших. Посредством УЗИ возможны определение оптимального места пункции (торако-центеза) ПП и оценка состояния дренажных конструкций. Выводы: УЗИ, по данным которого можно существенно повысить точность диагностики и дифференцированно осуществлять выбор метода лечения пострадавших с ТрГ, выполняется необоснованно редко. Чувствительность ультразвукового исследования в распознавании повреждений органов груди составляет в среднем 89-100%, специфичность - 75-88%. Эхографию целесообразно использовать как скрининг - метод в комплексном исследовании пострадавших с ТрГ.

190. Опыт гибридной временной остановки кровотечения при боевой травме магистральных сосудов

Розин Ю.А., Семизаров С.С.

Донецк, ДНР

Н-ская В/ч, ДНР

Актуальность: Четыре года непрерывных боевых действий на территории Донбасса позволили нам накопить опыт эвакуации раненых с боевой травмой магистральных сосудов, используя различные способы временной остановки кровотечения, не только с целью спасения жизни, но и сохранения конечности. Цель исследования: изучение результатов временной остановки кровотечения при огнестрельных ранениях магистральных сосудов, проведенных непосредственно в зоне ведения боевых действий. Материалы и методы: в период с апреля 2014 по март 2018 г. была проведена эвакуация с последующей ранней специализированной хирургической помощью 11 раненым с сочетанными огнестрельными

повреждениями крупных магистральных сосудов. Мужчины в возрасте от 18 до 43 лет. По характеру повреждения : пулевые ранения у 7, осколочные у 4. У 1 раненого было сочетанное повреждение сосудов шеи и бедренной артерии, у 9 сочетанное повреждение сосудов живота и кишечника, у 1 повреждение подключичных сосудов и легкого. Временная остановка кровотечения из сосудов брюшной полости выполнялась путем введения стерильного катетера Фогарти 7F в инфраренальный отдел брюшной аорты через поврежденные бедренные артерии и в одном случае через левую подмышечную артерию была осуществлена попытка остановить кровотечение в плевральную полость. Раненый 3.28 лет множественные пулевые ранения бедер и проникающее ранение грудной клетки находился в тяжелом состоянии исключающем дальнейшую эвакуацию, окклюзия бифуркации брюшной аорты, с целью временной остановки кровотечения выполнялось введением катетера Фолея в правую бедренную артерию ретроградно. Раненый М.43лет множественные осколочные ранения грудной клетки, брюшной полости, правого бедра. Выполнялось дренирование плевральной полости по Бюлау, через повреждение правой поверхностной бедренной артерии ретроградно введением катетера типа Фогарти окклюзировалась правая подвздошная артерия, по стабилизации состояния эвакуирован в специализированный хирургический центр. Реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 10, из них у 3 циркулярный шов на артерию, у 7 аутовенозное протезирование. Раненый Л. 23 лет умер во время операции, через 1ч50мин после полученного сквозного пулевого ранения грудной клетки с повреждением правой подключичной артерии и вены, правого легкого. Результаты : из 11 раненых 1 погиб. После 10 реконструктивно-восстановительных операций на магистральных сосудах кровотоков восстановлен у всех, ампутации выполнены у 2. Соответственно основным видом специализированного хирургического лечения при огнестрельных ранениях магистральных сосудов конечностей была аутовенозная пластика артерий 78%. Циркулярный шов на артерию выполнялся в 2,8%. Уменьшение количества умерших и в отделенном периоде снижение процента инвалидизации может быть достигнуто за счет уменьшения сроков эвакуации и сокращения промежуточных этапов. Таким образом РСХП рассматривалась нами, как этап реанимационных мероприятий и проводилась одновременно с проведением противошоковой терапии. Выводы: при тяжелой сочетанной травме магистральных сосудов сопровождающейся

геморрагическим шоком в сочетании с тактической обстановкой не позволяющей проводить дальнейшую эвакуацию сочетание открытых и эндоваскулярных методик является оптимальным с целью временной остановки кровотечения для спасения жизни и конечности.

**191. Реконструктивный этап
гастропанкреатодуоденальной резекции:
варианты хирургических технологий**

*Евсеев М.А., Владыкин А.Л., Устименко А.В.,
Головин Р.А.*

Москва

ФГБУ "Клиническая больница №1
(Волынская) УДП РФ

На сегодняшний день при десятках известных способах реконструкции после ГПДР частота ранних послеоперационных осложнений и неудовлетворительных отдаленных функциональных результатов остается стабильно высокой, что свидетельствует об актуальности поиска оптимального варианта реконструкции. Проведен анализ результатов и особенностей течения ближайшего периода у 73 пациентов, перенесших ГПДР за период 2004 – 2017 гг. При этом ГПДР была проведена по поводу опухолевого поражения головки поджелудочной железы у 44 (60,4%) пациентов, большого дуоденального сосочка у 14 (19,3%) пациентов, терминального отдела холедоха у 8 (10,6%) пациентов и по поводу хронического панкреатита у 7 (9,7%) пациентов. Средний возраст пациентов составил 61,4±7,4 лет. Выбор способа реконструкции пищеварительной трубки не зависел от характера и локализации патологического процесса и хронологически был представлен следующими 5 вариантами: 1) гастроэнтероанастомоз (ГЭА), панкреатикоэнтероанастомоз (ПЭА), гепатикоэнтероанастомоз (ГТЭА) на единой петле тонкой кишки (классическая схема Whipple) – 11 пациентов; 2) ПЭА и ГТЭА на единой отключенной по Ру петле тонкой кишки – 17 пациентов (двухрядный ПЭА – 13 пациентов, инвагинационный ПЭА по J. Cameron – 4 пациента) ; 3) ПЭА и ГТЭА на двух отключенных по Ру петлях тонкой кишки – 11

пациентов; 4) панкреатикогастроанастомоз (ПГА) и ГТЭА на отключенной по Ру петле тонкой кишки – 19 пациентов; 5) ПЭА по L. Blumgart и ГТЭА на единой отключенной по Ру петле тонкой кишки – 17 пациентов. У 46 пациентов формировались поперечные однорядные ГЭА и межкишечный анастомоз нитью Vicryl 3/0; у 27 пациентов при формировании ГЭА и межкишечного анастомоза применяли аппаратный шов EndoGia45, Echelon45, NTLC55. ГТЭА формировали нитью PDS II 4/0. Двухрядный ПЭА формировали нитями Prolene 3/0 (шов паренхимы) и PDS II 4/0 либо Biosyn 4/0 (шов протока) ; инвагинационный ПЭА по J. Cameron – нитями Prolene 2/0; ПЭА по L. Blumgart - нитями Prolene 2/0 (шов паренхимы) и PDS II 4/0 либо Biosyn 4/0 (шов протока). В ближайшем послеоперационном периоде несостоятельность ПЭА имела место у 13 (17,8%) пациентов: у 4 (5,5%) пациентов с развитием перитонита, у 5 (6,8%) пациентов с развитием парапанкреатического абсцесса, у 4 (5,5%) пациентов с первичным формированием панкреатического свища. У 12 пациентов несостоятельность возникла после формирования двухрядного ПЭА, у 1 – инвагинационного ПЭА по J. Cameron. При этом несостоятельность ПЭА возникла у 7 пациентов после 1 варианта реконструкции (63,6% от всех операций по данной методике), у 4 пациентов после 2 варианта (23,5% от всех операций по данной методике), у 2 пациентов после 3 варианта (18,2% от всех операций по данной методике). Случаев несостоятельности ПГА и ПЭА по L. Blumgart установлено не было. У 3 (4,1%) пациентов после формирования ПЭА двухрядными швами развился некроз тела и хвоста поджелудочной железы. Несостоятельность ГТЭА имела место у 3 (4,1%) пациентов (1, 2 и 3 варианты реконструкции), имея во всех случаях отграниченный характер (желчеистечение по дренажу). Релапаротомии были подвергнуты 8 (10,9%) пациентов. Величина интраабдоминальных послеоперационных осложнений составила 26,0%, системных послеоперационных осложнений – 15,1%. Послеоперационная летальность составила 6,8%. При оценке морфо-функционального состояния пищеварительного тракта в первые 6 месяцев послеоперационного периода наличие проявлений постгастрорезекционного синдрома (ПГРС) было отмечено у 16 (21,9%) пациентов: пептические язвы ГЭА у 5 (6,8%), клинически значимая диспепсия – у 11 (15,1%). ПГРС развился в 6 случаях после 1 варианта реконструкции (54,5%), в 3 случаях после 2 варианта (17,6%), в 2 случаях после 3 варианта (18,2%), в 4 случаях после 4 варианта (21,1%) и в 2 случаях после 5 варианта (18,8%). Клинически

манифестированный хронический холангит имел место у 5 (45,5%) пациентов после 1 варианта реконструкции. Корреляции между способом формирования ГЭА и частотой развития ПГРС синдрома установлено не было, однако во всех случаях развития ПГРС после реконструкции по Ру имела место экономная резекция желудка (антрум-резекция, гемигастрэктомия) и длина отводящей от ГЭА петли менее 40 см (по данным рентгенологического исследования). На основании проведенного анализа считаем возможным заключить следующее. Наименее приемлемыми непосредственными и отдаленными результатами после ГПДР сопровождается реконструкция с формированием ГЭА, ПЭА и ГТЭА на единой петле тонкой кишки. К факторам, не влияющим на непосредственные и отдаленные результаты операции следует отнести: способ формирования ГЭА и межкишечного анастомоза (ручной или аппаратный), формирование отдельных отключенных по Ру петель для ПЭА и ГТЭА. Критичными в плане развития постгастрорезекционного синдрома и послеоперационной диспепсии являются экономные резекции желудка и длина отводящей от ГЭА петли менее 40 см. Наилучшими непосредственными результатами и отдаленными морфо-функциональными результатами после ГПДР сопровождаются реконструкция с формированием ПГА и ГТЭА на отключенной по Ру петле тонкой кишки либо с формированием ПЭА по L. Blumgart и ГТЭА на единой отключенной по Ру петле тонкой кишки.

192. Интраскопические методы диагностики и лечения панкреонекроза, осложненного толстокишечными свищами.

*Кузьмин А.М., Рогаль М.Л., Ярцев П.А.,
Новиков С.В., Габиров Э.М.*

Москва

ГБУЗ Научно-исследовательский Институт СП
им.Н.В. Склифосовского, г. Москва

Заболеваемость острым панкреатитом неуклонно растет. В основном, острым панкреатитом болеют молодые люди трудоспособного возраста, а

летальность по-прежнему высока и достигает 80%. 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 диагностики и лечения больных панкреонекрозом осложненным толстокишечными свищами с использованием интраскопических методов. Материалы и методы. В период с 2013 по 2017 годы на лечении находилось 336 пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени (Российский клинические рекомендации). У 17 пациентов (5%) в ходе лечения панкреонекроза при рентгеноскопическом исследовании были выявлены наружные толстокишечные свищи. Средний возраст пациентов составил $52,3 \pm 5,4$ года. У 11 пациентов (64,7%) образовывались свищи нисходящего отдела толстой кишки, у 6 пациентов (35,3%) поперечной ободочной кишки. У 6 (35,3%) пациентов по дренажам поступало кишечное отделяемое, у 11 (64,7%) пациентов толстокишечный свищ выявлялся только на рентгеноскопии и имел клапанный характер. У всех пациентов лечение начиналось с консервативной терапии и интраскопических методов, включающих в себя регулярную замену дренажей, наращивание их диаметра до максимально возможного, активное промывание и секвестрэктомия через просвет дренажей или эндоскопически по сформированным каналам. Целью интраскопических методов являлась санация и заживление зоны инфицированной панкреатогенной деструкции с расчетом на одновременное формирование трубчатого характера толстокишечных свищей, и в последующем заживление толстокишечных свищей по мере облитерации полости. Результаты. Применение интраскопических методов позволило достичь закрытия толстокишечных свищей у 13 (76%) пациентов, в среднем за 30 ± 5 суток. Интраскопическими методами не удалось закрыть свищи у 4 (23,5%) пациентов, у которых на фоне проводимого лечения сохранялась тенденция к увеличению количества кишечного отделяемого по дренажам и нарастание интоксикации, что явилось показанием к отключению свища путем формирования в 2х случаях илеостом и в 2х случаях трансверзостом. Среди оперированных пациентов умер 1 пациент (0,6%) от аррозивного кровотечения из брюшинного пространства. Заключение. Использование интраскопических хирургических методов диагностики и лечения панкреонекроза

осложненного толстокишечными свищами эффективно в 76% случаев.

193. Технические аспекты органосохраняющей хирургии надпочечников с использованием лапароскопического доступа

Пучков К.В., Р.М. Евстратов

Москва

- 1) Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
- 2) Швейцарская университетская клиника

Актуальность: В настоящее время клиницисты единодушны в своем мнении о том, что единственным эффективным методом лечения при очаговом поражении надпочечников является адреналэктомия. Это прежде всего связано с отсутствием возможности надежной обработки культи надпочечника и обеспечения надежного гемостаза. Цель работы: усовершенствовать технику операции на надпочечниках при доброкачественных опухолях, позволяющую увеличить количество органосохраняющих операций. Материалы и методы В нашей работе представлен опыт лапароскопической резекции надпочечников и адреналэктомий. Показанием к хирургическому лечению было очаговое доброкачественное поражение надпочечника от 3 до 10 см. У всех пациентов операции были выполнены лапароскопическим доступом в положении пациента лежа на спине с поворотом стола на 250. С 2008г было выполнено 87 операций (51 адреналэктомия и 36 резекций надпочечника) Техника операции при адреналэктомии: на первом этапе выполнялось лигирование и пересечение центральной вены надпочечника. Для этой цели использовался аппарат LigaSure 5 мм. Затем выполнялась мобилизация надпочечника максимально близко к его капсуле. Этим же способом единым блоком пересекались надпочечниковые артерии. Затем производилась мобилизация ткани надпочечника в пределах его фасции При резекции надпочечника аппаратом LigaSure его ткань постепенно сдавливалась браншами, благодаря чему предотвращалось раздавливание ткани до образования надежного

гемостатического «шва», обеспечивалась постепенная подача термической энергии, что уменьшало адгезию ткани к браншам аппарата. При недостаточном гемостазе для обработки культи надпочечника использовались гемостатические системы местного применения. Результаты исследования: монополярной и биполярной энергией выполнено 4 операции, средняя продолжительность операции составила 90±18,25 минут (p<0,05), средняя кровопотеря – 150±40,8мл (p<0,05), продолжительность госпитализации – 4,6±0,96 дней. Всего выполнено 4 операции. 2 Аппарат LigaSure 5 мм использовался на 44 операциях. Размер образований от 3 до 10см, использовался как для солидных опухолей так и истинных и ложных кист. Среднее время операции составило 55±3,9мин (p<0,05), средняя кровопотеря – 50±9,5 (p<0,05), продолжительность госпитализации – 2,1±0,74 суток. При этом применять дополнительные гемостатические системы пришлось только у 12 пациентов. Универсальный ультразвуковой скальпель использовался на 27 операциях, в основном при кистозном поражении надпочечника. Время операции составило 65±3,4 мин., средняя кровопотеря – 90±9,3мл, продолжительность госпитализации – 3,3±0,82суток. 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 Размеры образований составили от 3,3 до 7,3 см. Среднее время операции составило 50±4,03 минут (p<0,05), средняя кровопотеря – 50±6,4 мл (p<0,05), продолжительность госпитализации – 3,3±0,82 суток. Дополнительной обработки культи надпочечника для достижения полноценного гемостаза не потребовалось. Обсуждение: Попытки выполнения большего количества органосохраняющих операций не привело к увеличению числа осложнений: 2 случая повреждение капсулы селезенки, один случай – повреждение капсулы печени. Кровотечение было купировано биполярной энергией и местными средствами гемостаза Резекция надпочечника сопоставима по частоте интраоперационных (5,6% и 23,5% соответственно) и послеоперационных (11,1% и 17,6% соответственно) гемодинамических реакций и осложнений, количеству койко-дней (2,6 ± 0,82 и 3,7 ± 0,71 соответственно) с адреналэктомией. Выводы Выполнение резекции надпочечника при доброкачественных образованиях с использованием современных

средств обработки тканей позволяет на 75% безопаснее достичь полноценного гемостаза культы надпочечника в сравнении с моно- и биполярной энергиями. Рекомендации Лучевые методы диагностики и биопсия опухолей надпочечника являются основными в определении объема хирургического лечения. Основной задачей органосохраняющей операции, минимизации хирургической травмы, а также скорейшей нормализации гормонального статуса и полноценной реабилитации пациентов.

194. Хирургическое лечение пищевода Барретта с использованием малоинвазивных технологий

Пучков К.В., Р.М. Евстратов, Е.С. Тищенко

Москва

- 1) Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
- 2) Швейцарская университетская клиника

Актуальность В работе представлен опыт лечения 43 –х пациентов с пищеводом Барретта направленных на оптимизацию лечения пациентов с осложненным течением гастроэзофагиальной рефлюксной болезни Материалы и методы С 2016 года в клинике выполнено хирургическое лечение 43 пациентов с пищеводом Барретта, на фоне гастроэзофагиальной рефлюксной болезни обоснованной грыжей пищевода отверстия диафрагмы. У четырех из них на фоне метаплазии слизистой выявлены очаги дисплазии. У 6-ти пациентов диагностирован пищевод Барретта на фоне гастроэзофагиальной рефлюксной болезни без диагностированной грыжи пищевода отверстия диафрагмы. Трех пациентам без выявленной грыжи пищевода отверстия диафрагмы, но верифицированным пищеводом Барретта, выполнена фундопликация по TOUPET, в связи с выраженными жалобами снижающими качество жизни. Тактика лечения: при наличии пищевода Барретта, как осложнения гастроэзофагиальной рефлюксной болезни на фоне грыжи пищевода отверстия диафрагмы, на первом этапе лечения выполнялась лапароскопия, круорофия, двухсторонняя фундопликация по Toupet. Именно такой метод позволял через 2-3

месяца выполнить радиочастотную абляцию очагов метаплазии дистального отдела пищевода. При отсутствии данных за наличие грыжи пищевода отверстия диафрагмы, но верифицированном пищеводом Барретта выполнялась радиочастотная абляция очагов метаплазии. При наличии выраженных жалоб пациента, снижающих качество жизни, учитывая данные суточной рН метрии, подтверждающей наличие гастроэзофагиальной рефлюксной болезни, выполнялось хирургическое лечение в объеме фундопликации по Toupet на 2700 Результаты исследования: за время наблюдения у 6 пациентов был диагностирован рецидив грыжи пищевода отверстия диафрагмы. У 2 пациентов радиочастотная абляция выполнялась повторно в связи с неполной деструкцией очагов метаплазии. У всех 49 пациентов с пищеводом Барретта наблюдается полное излечение. Обсуждение: В лечении пациентов с пищеводом Барретта обязательным этапом является устранения гастроэзофагиального рефлюкса, что достигается выполнением лапароскопической фундопликации. Логично проводить ее первым этапом. Двухсторонняя фундопликация по Toupet в силу особенности формирования желудочной манжетки, позволяет на втором этапе эндоскописту лучше расправить стенки пищевода, что приводит к более радикальной радиочастотной абляции. Выводы Применение техники лапароскопической фундопликации по TOUPET на 2700, позволяет в короткие сроки после операции выполнить радиочастотную абляцию очагов метаплазии пищевода, тем самым исключить дальнейшую трансформацию ткани в диспластические очаги или их малигнизацию. Рекомендации При наличии пищевода Барретта на фоне грыжи пищевода отверстия диафрагмы оптимально на первом этапе выполнить хирургическое лечение в объеме лапароскопии круорофии, фундопликации по TOUPET на 2700. На втором этапе выполнить радиочастотную абляцию очагов метаплазии пищевода Продолжить наблюдение за пациентом с контрольной эзофагогастроскопии через каждые 3-6 мес в первые 2 года на фоне коротких курсов консервативной терапии.

195. Систематический обзор результатов хирургического лечения язвенного пилородуоденального стеноза

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Михайлов Д.В

Волгоград

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Кафедра факультетской хирургии, Государственное бюджетное учреждение Волгоградский медицинский научный центр

Актуальность. Многие аспекты проведения научных исследований в рамках доказательной медицины остаются невостребованными в отечественной хирургии. Цель работы. Анализ методологии получения доказательной базы в хирургической практике. Материалы и методы. Систематический обзор выполнен согласно рекомендациям экспертов Кохрановского сообщества (Higgins and Green, 2011) на примере язвенного пилородуоденального стеноза. Поиск информации осуществлен проведен в научной электронной библиотеке (Elibrary), the Cochrane Library (Wiley) и Pubmed. Оксфордская иерархия доказательности (под ред. Nowick J. 2009) была использована для оценки степени достоверности анализируемых работ. В систематический обзор были отобраны исследования, соответствующие I- ому уровню доказательности. Для выявления ошибок и погрешностей в отобранных научных исследованиях были использованы механизмы критического анализа (Critical Appraisal tools) от Оксфордского центра доказательной медицины (CEBM, 2017). Полученные результаты. В целом выявлено и проанализировано 215 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), которые оценивали результаты хирургического лечения язвенной болезни и стеноза выходного отдела желудка. Из них для систематического обзора отобраны 20 РКИ, в которых одним из критериев включения был язвенный пилородуоденальный стеноз (за исключением декомпенсированных форм). Совокупный размер выборки пациентов в представленном систематическом обзоре составил 1794 человека, при минимально необходимом (согласно Brok et al. 2009) - 1591, что снижает вероятность ошибки второго рода и ложноотрицательных выводов (уровень b-риска, при указанном размере выборки, ниже 20 %). Оценка внутренней валидности (вероятности систематических ошибок) показала, что

прогностическая значимость полученных результатов в 7 из 20 РКИ имеет значение 0,83 (по McQuay et al. 2008) и соответствует заявленному авторами уровню доказательности 1. Из-за имеющихся погрешностей и ошибок (главным образом ошибки первого рода, не исключающей наличия ложноположительных выводов) 13 из 20 отобранных РКИ были понижены в рейтинге доказательности (1-), и прогностическая значимость результатов этих исследований имела значение 0,23 (по McQuay et al. 2008). Изучение вопроса внешней валидности позволило сделать вывод, что результаты отобранных 20 РКИ могут быть экстраполированы на общую мировую популяцию больных с пилородуоденальным стенозом язвенной этиологии. Выводы и рекомендации. Проведенный систематический обзор показывает, что имеющиеся научные доказательства 1-го уровня имеют определенные изъяны, не позволяющие окончательно регламентировать подходы по лечению пилородуоденального стеноза язвенной этиологии в рамках доказательной медицины. Общеизвестно, что оперативное лечение при этой патологии должно быть направлено на устранение непроходимости в зоне сужения, восстановление нормальной моторики желудка и двенадцатиперстной кишки и на предупреждение рецидивов язвенной болезни. Объем хирургического лечения определяется индивидуально исходя из тяжести состояния пациента, степени выраженности стеноза и характера нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка. В настоящее время хирургические вмешательства рассматриваются в качестве основного метода лечения у больных с декомпенсированными формами стеноза (резекционные вмешательства) и у ряда пациентов с субкомпенсированным стенозом (возможно выполнение стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией).

196. Синдром внутрибрюшной гипертензии при гигантских опухолях яичников у детей и подростков

Мишина А.Е., Харя П.Н., Мадан Д.И.

Кишинев, Молдова

Отделение хирургической гинекологии, Институт матери и ребенка

Введение: Опухоли яичников у детей и подростков встречаются достаточно редко и частота данной патологии составляет 2.6 случаев на 100 тыс. (в возрасте ?19 лет) в год. Гигантские опухоли яичников, сопровождающиеся синдромом внутрибрюшной гипертензии (СВБГ) редкий феномен и в специализированной литературе описаны единичные клинические наблюдения. Цель исследования – установить частоту, манифестации, объем хирургического вмешательства и морфологические особенности опухолей яичников в сочетании с СВБГ. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ базы данных (n=257) с кистами и опухолями яичников у детей и подростков (?19 лет), оперированных в Институте матери и ребенка с 2000 по 2017 гг. Для диагностики использованы ультразвукография, компьютерная томография и магнитнорезонансная томография. Радиологический «морфологический» индекс определялся по Jeoung NY. et al. (2008), а объем рассчитывался по формуле $(0,523 \times \text{высота} \times \text{длина} \times \text{ширина})$. СВБГ констатировался по измерению давления в мочевом пузыре в см H₂O с последующим перерасчетом в мм Hg (коэффициент ? 0,735). Стадиализация СВБГ проводилась по критериям World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (2013). Результаты: СВБГ констатирован в 3(1.16%) случаях. Средний возраст составил 16.3±0.9 лет (95% CI:12.54–20.13). СВБГ манифестировался: гипотензия (n=3), тахикардия(n=3) и олигурия (n=2). По данным радиологических методов исследования кистозные образования яичников характеризовались: max. размер – 29.1±1.5см (95% CI:22.64–35.66), min. размер – 22.1±2.4см (95% CI:11.33–32.74), объем – от 5264 до 8630 см³, «морфологический» индекс – 5.7±0.7 (от 5 до 7). Среднее значение внутрипузырного давления составило 24.1±1.2 см H₂O (95% CI:19.03–28.97) или 17.7±0.8 mm Hg (95% CI:14.00–21.30), что свидетельствует о том, что во всех случаях констатировался II ст. СВБГ. Оперативные вмешательства выполнялись в условиях

эндотрахеального наркоза и ИВЛ. В качестве оперативного доступа использовались: срединная лапаротомия (n=2) и по Пфанненштилю (n=1). Объем оперативного вмешательства: аднексэктомия(n=2) и удаление опухоли с сохранением яичника (n=1). Длительность операции – 56.1±9.5 мин. (95% CI:14.96–97.04) и кровопотеря – 247.7±8.4 мл (95% CI:211.7–283.6). Во всех случаях отмечена регрессия СВБГ в послеоперационном периоде. При гистологическом исследовании установлены доброкачественные эпителиальные опухоли в т.ч. серозная цистаденома (n=2) и муцинозная цистаденома (n=1). Выводы: СВБГ достаточно редкое осложнение гигантских эпителиальных опухолей яичников у детей и подростков. Своевременное оперативное вмешательство приводит к полной регрессии СВБГ и предупреждает развитие абдоминального компартмент-синдрома.

197. Осмысление результатов хирургического лечения ГПОД и ГЭРБ

Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулина О.А., Стешкина И.В., Баулин В.А., Баулина Е.А.

Пенза

ПИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, КДЦ «Медиклиник»

Введение. РОХ проводит огромную альтруистскую работу по осмыслению нашей общей деятельности в переложении итогов в разработку НКР, в частности и по хирургическому лечению ГПОД. Однако сейчас для всех ясно, что мы должны рассматривать эту патологию в неразрывной связи с ГЭРБ. Так сложилось десятилетиями, что мы проводим анализ нашей деятельности в некотором отрыве от параллельно работающих специалистов-гастроэнтерологов, которым мы передаём эстафету по послеоперационному ведению больных данной категории. Нет общих обсуждений на съездах или российских гастроэнтерологических неделях, касаются в основном проблем в специальностях без всестороннего заинтересованного обсуждения, в частности, по проблеме отдалённых результатов лечения ГПОД-ГЭРБ. Именно вторая сторона могла бы внести очень существенную и свежую струю в

рассмотрении данного вопроса. Не говоря об огромном коллективе диагностов, мнение которых могло бы внести существенный вклад в разработку данной темы. Это врачебные специальные стороны вопроса, которые ещё как-то стыкуются и используются при анализе результатов. Но есть ещё одна сторона вопроса, появившаяся в результате технической революции (IT - технологии), - это создание тематических сайтов. Конечно, с учётом невозможности проведения достоверного исследования, можно пренебрегать этими данными, но на современном этапе не учитывать сведения из них уже нельзя. Материалы исследования. Результаты лечения ГПОД-ГЭРБ прослежены по данным разных авторов после операций по Ниссену, Туле 200 и 270 градусов, флорпи-Ниссену, Ниссену-Розетти, Дору, LINX, Stretta, авторским российским методикам и др. и по тематическим социальным сетям в Интернете. Полученные данные. Применяя различные методики операций, хирурги различных школ приводят данные о 72-92% хороших результатах, есть даже сведения о 100% хороших и отличных результатах через 5 лет после операции. Противовесом становятся данные второй стороны - от гастроэнтерологов с морбидностью после операций в 60%. Десятки тысяч пользователей социальных сетей, обсуждая последствия различных операций, пишут об изменениях у кого-то в лучшую сторону и поддерживают тех, кто пишет: «С 2013 года я живу в аду» или «Я жду смерти как избавления, не смотря на третью операцию», или «Я чувствую себя абсолютно побежденным и опустошенным». Опрос по LINX показал, что у 33,6% мало прошло времени, полностью удовлетворены – 29,1%, несколько удовлетворены – 16,8%, пока удовлетворены – 3,5%, не удовлетворены – 9,7%, часть пациентов нейтральных – 5,3%. Если же из представленной группы убрать 33,6% респондентов, у которых срок небольшой, то получается, что почти 15% не удовлетворены и 25% только частично. Как и вышеприведённые выдержки наших пациентов из России, следующие с Запада: «..had Stretta nearly 12 weeks ago and has seen zero improvement, the reflux, severe swallowing difficulties and bloating is worst than before..»; «.many people share the same symptoms as me after having the nissen surgery»; «I from Hungary. I've been with Nissen for 4 years. I'm not good. There's dumping syndrome ,diarrhea, nausea ,weight loss constant ,extreme bloating, stomach pain»; « I regret ever having Toupet surgery!!»; «I'm feeling absolutely defeated and exhausted!!»; «I've been fighting to get my life back for over 14 years». Конечно, надо учитывать и то, что тысячи не заходят в социальные сети, и все данные не достоверны, но не учитывать

вышеизложенное уже невозможно. Когда мы демонстрируем нашу оперативную технику, часто просто приходится радоваться и восхищаться красотой и ловкостью исполнения, но никто не показывает видео, когда приходится, например, сшивать «гнилые» ножки, как выразился один из авторитетнейших наших коллег в этой сфере. Заключение. Не всё так чудесно и объективно в оценке хирургического лечения ГПОД-ГЭРБ, и наши клинические рекомендации должны быть направлены не только на применение устоявшегося метода, но и на многостороннюю объективизацию и поиск менее травматичных и эффективных оперативных методик.

198.Профилактика экспериментального послеоперационного адгезиогенеза брюшины

Шалмагамбетов М.С., Бондаревский И.Я.

Челябинск

ЮУГМУ

Введение. Ежегодный рост количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости сопровождается увеличением послеоперационных осложнений. Являясь самым распространенным из них, спаечная болезнь брюшины инициирует повторные госпитализации больных в стационар. Консервативная терапия малоэффективна, а хирургическое лечение спаек у каждого второго больного приводит к рецидиву болезни, увеличивая выраженность и распространенность дегенеративных изменений брюшины. Не угасающий интерес исследователей в поиске эффективного противоспаечного средства позволил достичь отдельных успехов в профилактике, но оптимального антиадгезивного препарата на сегодняшний день не существует. О чем свидетельствует ежегодный рост затрат системы здравоохранения на лечение этого осложнения. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности 4% раствора икодекстрина в снижении случаев послеоперационного спаечного процесса у лабораторных животных. 2. Материалы и методы. Было проведено экспериментальное, проспективное, рандомизированное контролируемое, слепое исследование на 52 крысах

линии Wistar обоих полов массой 200-250 г. Операции проводились в 2 этапа. На первом этапе моделировался спаечный процесс асептическим травматическим способом. В правой мезогастральной области на десерозированную брюшину накладывался сетчатый эндопротез размером 1,5*2 см. Prolen, рана послойно ушивалась. Через 21 день производилась релапаротомия, изучались морфологические изменения брюшины. Отбирались крысы у которых развился спаечный процесс (n=46), у них производился тотальный адгезиолизис и повторное десерозирование брюшины в правом мезогастритии. В контрольной группе на этом этапе вводилось 2 мл. 0,9% раствора NaCl (n=23), а во второй группе 3 мл. 4% раствора икодекстрина (n=23) рана послойно ушивалась. Спустя 21 день производилась аутопсия, изучались морфологические изменения в брюшной полости с использованием визуально-описательного метода. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью SPSS Statistics 20.0, используя непараметрический критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия с $p < 0,05$. Результаты. Из 52 лабораторных животных регенерация поврежденного мезотелия без формирования спаек произошла в 6 (13%) случаях. У других 46 (87%) крыс развился спаечный процесс, и они были поделены на 2 группы. На втором этапе: в контрольной группе (n=23, Me=8,00, [5,00;8,00]) адгезиогенез произошел у всех животных и был представлен спаечными сращениями в виде формирования конгломератов, состоящих из тонкой кишки и сальника, фиксированных к вентральной стенке в месте расположения сетчатого эндопротеза. Во второй группе (n=23, Me=4,00, [0,00;5,00]) развитие спаечного процесса произошло у 13 (57%) животных. Восстановление десерозированного мезотелия наблюдалось у 10 экспериментальных моделей данной группы. Сравнив результаты между 2-мя группами, получено статистически значимое различие ($p=0,001$). Послеоперационный спаечный процесс характеризуется не равномерным распределением среди животных. У 13% животных произошла полная регенерация поврежденного мезотелия, без формирования сращений. Механизм действия 4% раствора Икодекстрина основанный на разобщении десерозированных смежных областей брюшины, способствовал достижению ремезотелизации поврежденных участков как области непосредственного механического повреждения, так и в смежных анатомических областях, степень распространенности и выраженности адгезиогенеза была ниже в сравнении с контрольной группой. Что,

конечно, является преимуществом данного способа профилактики спаек в сравнении с противоспаечными барьерами в виде мембран. Заключение. Использование раствора Икодекстрина является эффективным способом профилактики экспериментального послеоперационного адгезиогенеза брюшины.

199. Малоинвазивные технологии в лечении пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы

Черданцев Д.В. (1,2), Первова О.В. (1,2), Носков (1,2), Масленников С.Н. (2), Дятлов В.Ю. (2), Жегалов П.С. (2), Еремина Е.В. (2), Золотарева Т.Е. (2), Гилаева Д.И. (2), Казадаева А.А. (1), Казадаева И.А. (1)

Красноярск

- 1) КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
- 2) Краевая клиническая больница

Актуальность. Проблема лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений не теряет своей актуальности на протяжении последних десятилетий. Это обусловлено ежегодным увеличением заболеваемости острым панкреатитом в развитых странах мира, Россия не исключение. Одним из наиболее серьезных отдаленных осложнений острого панкреатита является постнекротическая киста поджелудочной железы. Частота осложнений ПКПЖ по данным разных авторов может варьировать от 18 до 68%. В связи с чем, выбор патогенетического варианта хирургического лечения является важной задачей современной панкреатологии. В эпоху развития современных технологий все большую популярность приобретают методы малоинвазивной хирургии. Материалы и методы. В исследование включен 61 пациент в возрасте от 18 до 75 лет. Средний возраст составил 48 (37; 54). Оценивая этиологию перенесенного ОП стоит отметить алкогольный фактор в 42,1%. Пациенты были распределены на 3 группы: в 1 группу вошли пациенты, которым было выполнено традиционное хирургическое лечение (n=25); вторую группу составили пациенты с изолированным перкутарным дренированием кисты под ультразвуковым

контролем (n=17); третью группу – эндоскопическое транслюминальное дренирование (n=19). Полученные результаты. В первой группе, количество осложнений составило 38,7%, наиболее частые из них это серома и нагноение послеоперационных швов. При выполнении цистоеюностомии в 6 случаях было нагноение кисты, несостоятельность швов с распространенным перитонитом. При этом в половине этих случаев оценивая результаты МСКТ имела место несформированная киста. При наружном дренировании в 2 случаях отмечено формирование наружного панкреатического свища. Продолжительность стационарного лечения в первой группе составило 27,3 (20;34) койко-дней, летальность 9,6%. Во вторую группу вошли 17 пациентов, которым выполнено изолированное чрезкожное дренирование кисты под УЗ-контролем. Во второй группе количество осложнений составило 25%. В 4 случаях наружное пункционное дренирование привело к формированию наружного панкреатического свища. Неэффективность лечения отмечена у 1 пациента с инфицированной кистой. У 1 пациента в послеоперационном периоде было аррозивное кровотечение с клиникой геморрагического шока, после чего наступил летальный исход. Средняя продолжительность стационарного лечения в 2 группе составила 16,5 (13;21) койко-дней. Летальность 8,3%. Анализируя результаты лечения пациентов третьей группы: показатель осложнений составит 16,6%. В одном случае отмечена стойкая гипертермия в раннем послеоперационном периоде у пациента с гигантской нагноившейся кистой. Также у одного пациента произошла перфорация кисты в сальниковую сумку, в связи с чем пациент был оперирован. Еще в одном случае отмечено образование забрюшинной гематомы после этапа пункции кисты, активное хирургическое лечение последней не потребовалось. В 3 группе средний койко-день составил 17,7 (13;23). Летальных исходом не наблюдалось. Обсуждение. Применение малоинвазивных технологий позволяет значительно уменьшить количество осложнений на 13,7% у пациентов 2 группы (p<0,05) и на 22,1% у пациентов 3 группы, снизить показатель летальности у пациентов 3 группы на 9,6% (p<0,05), а также достоверно уменьшить продолжительность пребывания пациентов в стационаре на 10,8 дней во второй группе и на 9,6 дней в третьей группе (p<0,05). Выводы и рекомендации. Недостаточный объем предоперационной диагностики приводит к выполнению неадекватного по объему хирургического вмешательства и повышению частоты послеоперационных осложнений.

Применение наружного перкутанного дренирования при наличии связи полости псевдокисты с вирсунговым протоком увеличивает вероятность образования наружного панкреатического свища (p<0,05). Эндоскопическое транслюминальное дренирование дает хорошие клинические результаты при наличии связи полости кисты с вирсунговым протоком и/или инфицированности содержимого псевдокисты (p<0,05).

200. Рак проксимальных отделов желчных протоков

Ворончихин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А., Байханов Ж.С., Иванов А.В., Гусев А.Р. (3)

Чебоксары

- 1) Институт усовершенствования врачей,
- 2) Республиканская клиническая больница,
- 3) Чувашский государственный университет

Актуальность. Опухоль Клатскина, это злокачественная опухоль из эпителия желчных протоков (ЖП) с локализацией от общего печеночного протока (ОПП), конfluence, долевых печеночных протоков (ПП) до сегментарных ПП второго порядка. Для опухоли Клатскина характерен медленный рост и позднее метастазирование, но инвазия в элементы ворот печени вызывая механическую желтуху требует быстрого решения диагностической и лечебной тактики. Материалы и методы. В период с 2000 по 2018 годы на базе хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ ЧР находился 51 больной с диагнозом опухоль Клатскина. Возраст пациентов варьировал от 42 до 73 лет. Из них было 32 (63,6%) мужчин и 19 (36,4%) женщин. Диагноз опухоль Клатскина у пациентов был подтвержден УЗИ, КТ с контрастированием, РХПГ и ЧЧХГ. Клиническими проявлениями болезни были: безболевая желтуха, симптомы холангита, кожный зуд, общее недомогание. Хирургическая тактика рака проксимальных отделов ЖП зависела от локализации опухоли и стадии процесса, возраста и физического статуса больного. Локализация опухоли ОПП определялась по классификации Bismuth-Corlette, стадия опухоли ОПП определялась

по классификации TMN. По классификации Bismuth-Corlette I тип локализации опухоли ОПП был у 13,7%, II тип – у 5,8%, IIIA тип – у 23,5%, IIIB тип – у 9,8%, IV тип – 47,0% больных. Выполнено 51 операция по поводу опухоли Клатскина. При I типе рака ОПП по классификации Bismuth-Corlette у 7 больных была выполнена резекция внепеченочных желчных протоков (ВЖП) с конfluenceм и формированием прецизионного билиодигестивного анастомоза (БДА). При II типе опухоли ПП в 3 случаях выполнялась резекция ВЖП с конfluenceм, дополненная резекцией печени (IV сегмент) и наложением прецизионного БДА. При опухоли ПП IIIA типа по классификации Bismuth-Corlette 12 больным была выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией ПП и наложением прецизионного БДА. При опухоли ПП IIIB типа по классификации Bismuth-Corlette 5 больным была выполнена левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией ПП и наложением прецизионного БДА, в одном случае с резекцией и протезированием воротной вены (ВВ). При опухоли ПП IV типа по классификации Bismuth-Corlette оперировано 24 больных. В 15 случаях была выполнена «открытая» реканализация опухоли. В 9 случаях выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Результаты. Радикальные операции выполнены у 52,9% больных, паллиативные у 47,1% больных. Отдаленные результаты хирургического лечения опухоли Клатскина изучены у 31 (60,7%) больных, в сроки от 1 до 5 лет. Выживаемость после радикальных составила: 1 год – 92,6%, 2 года – 81,8%, 3 года – 43,6%, 4 года – 9,3%, 5 лет – 7,1% больных. Выживаемость после паллиативных операций составила: до 1 года – 21,7%, 2 года – 0% больных. Выводы. Для выполнения радикальных операций при раке проксимальных отделов ЖП необходим тщательный отбор больных. Сюда входит резектабельность опухоли и физический статус пациента. Продолжительность и уровень жизни после радикальных операций при опухоли Клатскина значительно больше и выше, чем после паллиативных. Это связано с адекватным оттоком желчи из печени по прецизионному БДА при радикальной операции. Основной целью паллиативных операций является желчеотведение для снятия желтухи и явлений холангита, что ведет к потере желчи, электролитов и приводит к истощению организма.

201. Регуляция гипоксических состояний при эндотоксикозах в хирургии

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

Москва

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

При детальном изучении патогенеза эндотоксикоза установлена важная роль тканевой гипоксии и тесно связанных с ней процессов свободнорадикального окисления, в формировании интоксикационного синдрома при острой хирургической патологии. Гипоксия – универсальный механизм присутствующий в патогенезе целого ряда острых хирургических нозологий: острого аппендицита, панкреатита, распространенного перитонита, ОКН и является ведущим фактором формирования органной недостаточности. Узловым звеном тканевой гипоксии является клеточный энергодефицит. Все реакции экстренной адаптации чрезвычайно энергоемки. Прогрессирующая тканевая гипоксия в патогенезе эндотоксикоза при хирургической патологии является важнейшим механизмом, нуждающимся в эффективной коррекции. В последние два десятилетия созданы и внедрены в клиническую практику лекарственные препараты объединенные общим названием «Антигипоксанты». Это Мафусол, Полиоксифумарин, Конфумин, Реамберин, Ремаксол, Цитофлавин, Мексидол. Преимуществами данных препаратов является то, что они представлены в инфузионной форме и могут эффективно применяться в программе интенсивной терапии и реанимации. Кроме того препараты антигипоксантного ряда обладают антиоксидантным действием, что является важным при лечении эндотоксикоза. Цель работы. Повышение эффективности интенсивной терапии хирургических эндотоксикозов. Материалы и методы. В исследование включены 166 больных распространенным перитонитом, проходивших лечение на клинических базах кафедры. Узловым механизмом патогенеза распространенного перитонита является эндотоксикоз, который при данном осложнении носит наиболее выраженный характер и во многом влияет на конечный результат лечения. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 4,6$ лет. Мужчин было 78, женщин – 88. Причиной перитонита были острые хирургические заболевания органов брюшной полости: острый

аппендицит, острый холецистит, деструктивные формы панкреатита, ОКН и др. Всем пациентам в программу послеоперационного лечения распространенного перитонита включали в суточной дозе от 400 до 1200 мл Мафусола. Препарат обладает выраженными антигипоксантами и антигипоксантами действиями, является сбалансированным по электролитам плазмозаменителем с гиперосмолярными свойствами и повышающий перфузию тканей. Полифункциональность Мафусола позволяет эффективно применять его при лечении тяжелой острой хирургической патологии. Эффективность действия препарата оценивали по динамике лабораторных показателей, таких как показатели КОС, уровней продуктов перекисидации, электролитов крови и др. Кроме того в динамике оценивалось общее состояние организма на фоне лечения. Группу сравнения составили 36 пациентов, которым в программу комплексного лечения перитонита Мафусол не включался, а инфузионная терапия проводилась стабилизированными полиионными растворами. Результаты исследования. Через 2 часа после начала инфузии антигипоксанта отмечена положительная динамика показателей КОС крови, о чем свидетельствовали повышение уровня стандартного бикарбоната на 25%, уменьшение дефицита буферных оснований более чем в 2 раза с $-4,2 \pm 0,02$ до $-2,0 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,01$), рН крови повышался с $7,28 \pm 0,08$ до $7,37 \pm 0,09$ ($p > 0,05$). Необходимо отметить, что положительная динамика КОС на введение антигипоксанта обусловлена активацией клеточного энергообразования и снижением концентрации недоокисленных продуктов, прежде всего лактата. Так уровень лактата через 6 часов заметно снижался, что подтверждало эффективность именно антигипоксанта действия. На введение препарата отмечен антиоксидантный эффект. Это подтверждалось изменением концентрации продуктов перекисидации Так малоновый диальдегид снизился через 2 часа после начала инфузии на 43 %, а диеновые конъюгаты – на 34 %. Динамика снижения прослеживалась в течении суток. На фоне введения препарата отмечалось изменение общего статуса пациентов. В контрольной группе так же отмечалось изменение антигипоксанта и антиоксиданта статуса организма, но оно было обусловлено, прежде всего, волевым действием традиционной инфузионной терапии, улучшением микроциркуляции и перфузии тканей, а не прямым эффектом антигипоксанта. Выводы. Включение в программу интенсивной терапии острой хирургической патологии инфузионных

антигипоксанта является весьма перспективным, так как они непосредственно влияют на купирование проявлений тканевой гипоксии. Последняя является узловым звеном патогенеза экстренной патологии осложненной эндотоксикозом и во многом определяет течение и исход заболевания. Поэтому использование АГ в критических состояниях может предотвращать развитие необратимых изменений в органах и внести решающий вклад в спасение больного.

202. Применение аргонусиленной плазменной коагуляции при язвенных кровотечениях

Армашов В.П. (1), Горский В.А. (1), Павленко В.В. (2)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
- 2) ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Актуальность. Язвенные гастродуоденальные кровотечения являются патологией, требующей незамедлительных действий. В связи с этим по-прежнему актуальна проблема поиска эндоскопических методов, позволяющих выполнить окончательный гемостаз в минимальные сроки. Перспективным является дальнейшее совершенствование методики аргонусиленной плазменной коагуляции (АПК). Материалы и методы. Эффективность АПК в сравнении с методом инфильтрационного гемостаза при кровотечениях язвенной этиологии оценена по результатам лечения 186 пациентов в возрасте от 19 до 89 лет. В группу сравнения вошли 57 человек, у которых выполнялась диагностическая ЭГДС и применялись консервативные методы лечения. У 78 больных для остановки кровотечения был использован инфильтрационный метод (обкалывание раствором новокаина с адреналином), у 51 гемостаз производился с помощью АПК. При продолжающихся кровотечениях (Forrest IA–B) инфильтрация была применена у 31, а АПК – у 27 пациентов. В остальных случаях показанием к применению данных методик являлся высокий риск повторного кровотечения (Forrest IIA–B). Результаты и обсуждение. При проведении консервативной терапии без эндоскопического вмешательства рецидивов кровотечения не наблюдалось в 75,4%,

при использовании инфльтрационного метода окончательный гемостаз был достигнут в 88,5%, а при применении АПК – в 94,1% случаев. Повторное применение инфльтрации потребовалось в 28,2% случаев, а необходимость повторного использования АПК только в 13,7% ($p < 0,05$). В группе сравнения рецидивы отмечены у 14 больных (24,6%), все они были оперированы. При применении инфльтрационного метода рецидив кровотечения возник у 15 пациентов (19,2%), из них в 6 случаях осуществлен успешный повторный эндоскопический гемостаз. У 9 других (11,5%) гемостаз оказался не эффективен, им было выполнено экстренное оперативное вмешательство. Рецидив кровотечения в группе, где применялась АПК, отмечен у 8 больных (15,7%). У 5 пациентов гемостаз удалось осуществить повторным эндоскопическим воздействием. Необходимость экстренного оперативного вмешательства возникла у 3 больных (5,9%), при этом, одному пациенту повторная попытка гемостаза не применялась по техническим причинам. Ни в одной из групп после применения эндоскопических методик не возникло осложнений связанных с проведением манипуляций. В группе сравнения летальность составила 7% (4 пациента), при применении инфльтрационного метода гемостаза 3,8% (3 пациента). В группе больных, у которых использовали АПК, отмечен 1 летальный исход (2%). Следует заметить, что в данном случае язвенное кровотечение возникло на фоне тяжелой сопутствующей патологии, а основной причиной смерти послужил активный декомпенсированный гепатит с развитием печеночной недостаточности. Все умершие больные в 1-й и 2-й группах перенесли экстренные оперативные вмешательства. Средняя длительность заживления язв в группе сравнения составила $15,8 \pm 1,6$ суток, при применении инфльтрационных методов гемостаза – $14,3 \pm 1,2$ суток, а при использовании АПК – $16,4 \pm 1,1$ суток. Некоторое удлинение сроков заживления обусловлено увеличением размера язв при коагуляции, что характерно для большинства электрохирургических методов. Оценивая результаты лечения за последние 15 лет, выявлено, что с введением в арсенал методов эндоскопического гемостаза АПК общее количество операций по поводу желудочно-кишечных кровотечений уменьшилось на 69,2% ($p < 0,05$), а уровень общей летальности снизился на 15,7% и составил 5,6%. Выводы. Таким образом, при применении АПК (по сравнению с инфльтрационным методом эндоскопического гемостаза) при кровотечениях язвенной этиологии, удается достичь стойкого гемостаза в большем

числе случаев. Совершенствование методики позволяет значительно снизить хирургическую активность на высоте язвенного гастродуоденального кровотечения, а также уменьшить общую и послеоперационную летальность.

203. Подходы к лечению инфекционного остеоартрита грудино-ключичного сочленения в условиях многопрофильного стационара

*Порханов В.А. (1), Пятаков С.Н. (1),
Завражнов А.А. (1), Коваленко А.Л. (1),
Лукьянченко И.В. (2), Солдатов А.А. (2),
Пятакова С.Н. (2), Бардин С.А. (1)*

Краснодар, 2) Сочи

Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского, 2) Кубанский Государственный медицинский университет 3) Городская больница №4 города Сочи

Актуальность: инфекционный остеоартрит грудино-ключичного сочленения встречается достаточно редко, поэтому поздно диагностируется, длительно лечится и часто приводит к инвалидизации больных. Цель исследования: предложить рациональные подходы к оказанию помощи больным с инфекционным остеоартритом (ИОА) грудино-ключичного сочленения (ГКС) в условиях многопрофильного стационара. Материал и методы. Проанализированы результаты оказания хирургической помощи 16 больным (11 мужчинам, 5 женщинам) с ИОА ГКС, находившимся на стационарном лечении в многопрофильных ЛПУ Краснодарского края за период с 2011 г. по 2016 г. Средний возраст больных составил 44 ± 6 года (от 19 до 78 лет). Острому началу заболевания в 14 (87,5%) случаях предшествовали: инъекции в подкожные вены верхней конечности (6), постановка подключичного катетера (5), закрытая травма области ГКС (3). У 2 (12,5%) больных в анамнезе имелись оперативные вмешательства в подключичной области. Среди фоновых заболеваний наблюдались: в 8 (50%) случаях – сахарный диабет, наркомания – у 5 (31%) больных, онкологические заболевания – у 4 (25%) больных. В

3 (18,6%) случаях ИОА ГКС проявлялся, как варианта гнойного «метастазирования» при сепсисе с другим основным источником инфекционного процесса. Клиническая картина заболевания практически у всех больных включала «классические» местные признаки гнойного процесса в области ГКС, в 5 (31,3%) случаях отмечалось наличие гнойных свищей. Для уточнения диагноза и выбора хирургической тактики применялись лучевые методы диагностики: Rg области ГКС и фистулография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Всем пациентам выполнялись общеклинические и биохимические лабораторные тесты, а также микробиологические посевы раневого отделяемого и крови с определением чувствительности к антибиотикам. После оценки объема инфекционного процесса, коморбидности (кардиологами, эндокринологами, инфекционистами) и тяжести состояния, больные получали хирургическое лечение, в котором принимали участие гнойные хирурги и травматологи. Результаты. У 15 наблюдаемых нами больных ИОА ГКС был односторонним, в одном случае – двухсторонним. Во всех случаях процесс сопровождался параартикулярной флегмоной мягких тканей, а также хондритом хрящевой части I-III ребер (12 больных), остеомиелитом рукоятки грудины (4 больных) и передне-верхним медиастинитом (3 больных). Наиболее частым возбудителем гнойного процесса был золотистый стафилококк (87,5%), а также протей и кишечная палочка. Хирургическое лечение проводилось в два (14 больных) и/или три этапа: - 1 этап – выполнялась срочная операция: вскрытие (в том числе в подключичной и за грудиной областях) и дренирование гнойного очага с использованием вакуумной терапии; - 2 этап – резекция ГКС (16 больных), резекция хрящевых частей пораженных ребер (8 больных) и одномоментной пластикой раны местными тканями (13 больных); - 3 этап – пластика ГКС костным трансплантатом с его фиксацией металлоконструкцией (4 больных). Первое вакуум-дренирование, как правило, выполнялось на вторые сутки после хирургической обработки (при достижении устойчивого гемостаза). Среднее время между сменами вакуум-повязок составило $2 \pm 0,6$ суток. Среднее количество смен повязок для подготовки ран к закрытию 5 ± 3 . Костный трансплантат формировался из тела лопатки (2) и крыла подвздошной кости (1). Для его фиксации применялась моделируемая пластина с угловой стабильностью. Средняя длительность нахождения в стационаре составила 18 ± 6 суток. Ограничений функции верхней конечности не наблюдалось. Рецидивов заболевания не

отмечалось. Выводы. Широкое внедрение КТ и МРТ-диагностики позволяют точно выявить объем поражения ГКС при осложненном инфекционном остеоартрите и четко определить объем радикальной санации гнойного очага. Современные методы дренирования (вакуумная терапия) и физические методы деконтаминации ран позволяют в короткие сроки выполнить закрытие раневого дефекта, а использование современных методов костной пластики и остеосинтеза получить хороший функциональный результат.

204. Осложнения торакоскопических вмешательств при буллезной эмфиземе легких

*Дробязгин Е.А. (1,2), Чикинев Ю.В. (1,2),
Литвинцев А. (1), Щербина К.И. (2),
Хусаинов В.Ф. (1,2)*

Новосибирск

1 – ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»г. Новосибирск

Актуальность. Увеличение частоты выполнения торакоскопических вмешательств у пациентов с буллезной эмфиземой легких. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ исследование историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии Новосибирской областной клинической больницы в период с января 2010 года по декабрь 2017 года. Отобрано 125 историй болезней пациентов с буллезной эмфиземой легких, которым выполнялись торакоскопические методы оперативного лечения спонтанного пневмоторакса. Мужчин было 87 (69,6 %), женщин – 38 (30,4 %), средний возраст пациентов составлял $28,5 \pm 10,2$ года. У 92 пациентов имел место дебют спонтанного пневмоторакса, у 33 в анамнезе были спонтанные пневмотораксы. Давность заболевания буллезной формой эмфиземы легких у лиц с рецидивными спонтанными пневмотораксами варьировала от нескольких месяцев до нескольких лет и не превышала 3 лет. Однократно пневмоторакс возникал у 21 пациента (63,6 %), двукратно – у 10 (30,4 %), три раза и более – у 2 (6,0 %). У всех

пациентов буллезные изменения локализовались в верхних долях легких, преимущественно справа (88 пациентов). Всем пациентам выполнены различные виды торакоскопических вмешательств, направленные на буллезные изменения легочной ткани и париетальную плевру с целью предупреждения рецидива пневмоторакса. Полученные результаты и обсуждение. У 39 пациентов в послеоперационном периоде была длительная утечка воздуха по дренажам (в течение 5 дней и более). Во всех случаях им был установлен клапанный бронхоблокатор в долевого бронх. В результате у 28 (71,7 %) больных с длительной утечкой воздуха достигнута положительная динамика. Эффективность выражалась в уменьшении сброса воздуха по дренажам в течение первых суток и полном прекращении сброса на вторые сутки после вмешательства. В 11 (28,2%) случаях бронхоблокация оказалась неэффективной. Осложнение купировалось повторной установкой бронхоблокатора аналогичного диаметра в тот же долевого бронх с положительным эффектом в 4 случаях. В оставшихся 7 случаях потребовалось повторное вмешательство для устранения причины утечки воздуха. Дренажи из плевральной полости извлекались на $3,0 \pm 1,2$ суток после установки блокатора и на $6,0 \pm 4,0$ суток после торакотомии. Повторная госпитализация выполнялась в сроки от 2 до 3 месяцев от момента выписки из стационара в удовлетворительном состоянии для удаления блокатора. Осложнений при удалении не выявлено. Общая продолжительность пребывания этих 39 пациентов в стационаре составляла $20,0 \pm 4,0$ койко-дня. Выводы. Основным осложнением у пациентов с буллезной эмфиземой легких в послеоперационном периоде является длительная утечка воздуха. Клапанная бронхоблокация – эффективный способ борьбы с длительной утечкой воздуха в послеоперационном периоде. Необходима дальнейшая систематизация осложнений и разработка алгоритма их профилактики.

205. Эвакуация тяжелообожженных из отдаленных регионов на этап специализированной помощи, ее связь с результатами лечения

Адмакин А.Л., Симонова М.С.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" МО РФ

Ожоги считаются одним из наиболее тяжелых видов патологии как в мирное, так и в военное время. В связи с этим совершенствование системы оказания медицинской помощи тяжелообожженным является одной из актуальных проблем вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций. Основным принципом организации помощи тяжелообожженных является этапное лечение, где наиболее важным этапом является транспортировка ожоговых больных в специализированные центры медицинской помощи, так как необходимо сократить промежуток времени между временем получения травмы и началом проведения специализированных лечебных мероприятий. Это является значимым для жизни тяжелообожженного, не говоря уже о просчетах и дефектах в организации эвакуации, которые могут привести к непоправимым потерям. Поэтому имеется зависимость исходов термической травмы, требующей немедленных лечебных мероприятий, от объема и качества оказанной медицинской помощи на всех этапах медицинской помощи, а особенно правильно организованной, быстрой транспортировки в стационар с оказанием помощи в процессе эвакуации. Цель исследования – оценка влияния сроков доставки из отдаленных регионов на этап специализированной помощи пострадавших с глубокими ожогами на результаты их лечения. Материалы и методы. Работа основана на результатах статистически-аналитического исследования 34 пострадавших с тяжелыми, которым проводилось лечение в клинике термических поражений Военно-медицинской академии в период с 2012 по 2017 года. Результаты и их обсуждение. При поступлении пациентов на этап специализированной помощи было важно оценить время, которое было затрачено на эвакуацию пострадавшего. Все пациенты были привезены из отдаленных регионов, а на их транспортировку до Санкт-Петербурга привлекался авиационный транспорт. Время перелета в среднем у всех больных занимало от 5 до 9 часов. В процессе

эвакуации пострадавшим реанимационной бригадой оказывался весь комплекс мероприятий интенсивной терапии. Время от момента происшествия до госпитализации в районные больницы в среднем занимало до 1-2 часов, а общее время до эвакуации тяжелообожженных в клинику термических поражений было различным и являлось важным фактором, влияющим на результаты лечения тяжелообожженных. Проанализировав время доставки тяжелообожженных в стационар было установлено, что летальный исход наблюдался в 62,5% случаев, если общее время эвакуации составило от 1 до 3 суток. При транспортировке пациентов более, чем через 6 суток летальность возросла до 66,7%. Учитывая полученные данные можно предположить важность ранней доставки пострадавших на этап специализированной помощи. Из 18 пациентов, которым была выполнена некрэктомия, наибольшее количество было прооперировано, если они поступали в клинику в течение 1-3 суток после травмы (75%). В тоже время, среди пациентов, поступивших через 3-6 суток после травмы, был отмечен наименьший процент летальных исходов (40%), а трое пациентов, с высокой тяжестью травмы, которые поступили в течение суток все погибли. Как и в последнем случае высокий процент летальных исходов (100%) был отмечен у пациентов, которые прибыли в клинику более чем через 6 суток после травмы. Следует отметить, что у пациентов, доставленных в клинику термических поражений в течение первых суток и после 6-х суток после травмы отмечается наибольшая средняя тяжесть ожога (ИФ = 156 ед. и 124 ед. соответственно) по сравнению с пострадавшими с наименьшим летальным исходом (ИФ = 67,8 ед.). Поэтому оперативное лечение у этих больных не оказалось эффективным, несмотря на их более быструю эвакуацию на этап специализированной помощи. Выводы. Наилучшие результаты среди тяжелообожженных получены при доставке их из отдаленных регионов на этап специализированной помощи с 1 по 3 сутки после травмы. В группе оперированных пациентов, доставленных более, чем через 6 суток после травмы, частота летальных исходов достигала 100% и превышала в 2 раза цифры летальности у тяжелообожженных доставленных за более короткое время.

206. Результаты оперативного лечения тяжелообожженных, доставленных из отдаленных регионов на этап специализированной помощи

Адмакин А.Л., Симонова М.С.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Удаление нежизнеспособных тканей и восстановление кожного покрова является «золотым» стандартом современной комбустиологии. Основным оперативным вмешательством в таком случае является ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. По сути своей такое лечение патогенетическое и связано с удалением субстрата интоксикации и воспаления из организма с восстановлением кожного покрова. Соответственно, чем раньше такое лечение будет выполнено, тем лучше для пострадавшего. Цель исследования - оценка хирургического лечения тяжелообожженных, доставленных из отдаленных регионов на этап специализированной помощи и его влияния на исход лечения пострадавших. Материалы и методы. Анализ историй болезни 34 тяжелообожженных, доставленных в клинику термических поражений Военно-медицинской академии из отдаленных регионов в период с 2012 по 2017 года. Статистическая обработка полученных данных о пациентах. Результаты и их обсуждение. При анализе времени, прошедшего от получения травмы до операции, было установлено, что у 26,5% тяжелообожженных некрэктомия выполнялась в первые трое суток от момента получения травмы, у 17,6% – от 3 до 6 суток, на 6-е сутки и позднее было прооперировано 3 пациента (8,9%), одному из которых на 35 сутки после отторжения мертвых тканей выполнили вторичную аутодермопластику. Многим пострадавшим с глубокими ожогами из-за осложненного развития ожоговой болезни, которая приводила к быстрому летальному исходу оперативное вмешательство не выполнялось (23,5%). Такое же количество обожженных (23,5%) только с поверхностным ожогом, площадью более 20% вовсе не нуждались в проведении восстановления кожного покрова, соответственно исход у этих больных был положительным. Из оперированных тяжелообожженных 12 пациентам (66,7%) выполнялась некрэктомия с одновременной кожной пластикой. Остальным пострадавшим

оперативное вмешательство выполнялось в несколько этапов (до 3-х этапов - некрэктомия, до 5 - аутодермопластика). В основном пациентам с глубокими ожогами проводилась ранняя некрэктомия (на 1-3 сутки), для того, чтобы в пораженных тканях не успело развиться гнойное воспаление. Установлено, что пораженные, доставленные в клинику и прооперированные в первые 3-е суток погибали в 77,8% случаев, что связано с крайне тяжелым состоянием. Более оптимальные результаты получены у пораженных, прооперированных на 3-6 сутки после получения травмы (летальность 50%). Вторым и решающим этапом хирургического лечения тяжелообожженных является восстановление кожного покрова ауто- или ксенотрансплантатами. В большинстве случаев (44,5%) кожная пластика выполнялась на 3-6 сутки. У 83,3% из оперированных пациентов на 1-3 сутки после получения травмы, восстановление кожного покрова выполняли одновременно с некрэктомией. Кожная пластика на 3-6 сутки одновременно выполнялась у 62,5%, на 6 сутки и позднее – у 66,7% обожженных. Остальным тяжелообожженным кожная пластика проводилась в несколько этапов (до 5). Проанализировав зависимость сроков начала восстановления кожного покрова на исход лечения пострадавших, можно отметить преимущество выполнения одномоментной аутодермопластики в первые трое суток после получения травмы и поступления в клинику термических поражений. Проследив зависимость объема восстановленного кожного покрова за один этап от времени его начала, можно сделать вывод о том, что наиболее обширные раны закрывались в первые 6 суток (1-2 сутки – Scp = 25,5%; 3-4 сутки - Scp = 22,5%; 6 сутки - Scp = 28,5%). Выводы. Высокая летальность у пациентов, прооперированных в первые 3-е суток после травмы, связана с тяжелым состоянием пораженных. Все указанные мероприятия позволяют достичь преимущества в проведении этапного лечения тяжелообожженных с максимальным сокращением летальных исходов. Наиболее обширные раны закрывались в первые шесть суток. Средняя площадь одномоментно восстановленного кожного покрова составила 22,1%.

207. Опыт использования сетчатых эндопротезов в хирургии тазового пролапса

Матвеева А.С., Ильканич А.Я., Лопацкая Ж.Н.

Сургут

БУ ХМАО-Югры "Сургутская окружная клиническая больница"

Сетчатые эндопротезы для хирургической коррекции тазового пролапса, эффективно применяются в клинической практике с 2005 года. Патогенетически обоснованная концепция их установки и минимизация инвазивности вмешательства обеспечивают приоритет при выборе способа лечения. Цель исследования: оценка эффективности применения сетчатых эндопротезов в хирургии тазового пролапса. Материал и методы исследования: 235 пациенток пролеченных на базе хирургического отделения Сургутской Окружной Клинической больницы за 2013 – 17 гг. Средний возраст их составил $59,3 \pm 7,5$ лет. Первичное обследование проводилось в амбулаторных условиях: сбор жалоб, анкетирование и клиническое исследование. Стадия генитального пролапса оценивалась по Baden-Walker, нарушение дефекации - при использовании опросников и шкал, характер мочеиспускания - методом урофлоуметрии и анкетирования. При выполнении хирургического вмешательства использована стандартизированная хирургическая техника. Установка сетчатых эндопротезов выполнялась строго субфасциально. Доступ осуществлялся после гидропрепаровки и диссекции в направлении зон фиксации протеза. Установка задних рукавов импланта проводилась через сакро-спинальные связки, а передних в зависимости от модели. Фиксация к шейке матки осуществлялась нерассасывающимся шовным материалом, а восстановление целостности стенки влагалища «корсетным» швом из рассасывающегося материала. При хирургическом лечении 92 (39,1%) пациенток использовали сетчатый имплант «Пелвикс передний», у 50 (21,3%) для реконструкции тазового дна использовался «Пелвикс задний», у 1 (0,42%) - установлен «Пелвикс тотальный». 55 (23,4%) больным была выполнена установка сетчатого импланта «УроСлинг-1». Оперативное вмешательство с использованием сетки «Prolift anterior» оперировано 6 (2,5%) пациенток, «Prolift posterior» - 15 (6,4%), «Prolift total» - у 2 (0,85%) больных. В 7 (2,97%) наблюдениях потребовалась установка двух имплантов.

Операции были дополнены передней или задней кольпоррафией - у 20 (8,5%) больных, перинеолеваторопластикой - у 8 (3,4%), конусовидной ампутацией шейки матки - у 7 (2,97%) пациентки. Оценка эффективности хирургического лечения проводилась в раннем и отдаленном после-операционном периоде. В отдаленном периоде осмотры осуществлялись через 3, 6 и 12, 24 и 36 месяцев. Результаты и их обсуждение. Все пациентки при обследовании предъявляли жалобы на: выпадение органов малого таза – 103 (43,8%), чувство инородного тела во влагалище – 199 (84,7%), дискомфорт - 175 (74,5%), нарушения дефекации – 139 (59,1%). Затрудненная дефекация и склонность к запорам выявлена - у 116 (49,36%) и 147 (62,5%) женщин соответственно. Необходимость ручного пособия для опорожнения прямой кишки - у 32 (13,6%) больных, анальная инконтиненция - у 6 (2,55%). Нарушение мочеиспускания выявлено у - 86 (36,6%). Преобладала гипермобильность мочевого пузыря – у 69 (29,7%) пациенток. Стрессовое недержание мочи отметили 19 (8%) женщин, смешанное – 17 (7,2%). При рутинном обследовании определялась стадия генитального пролапса II выявлена у - 28,9% (68), стадия III - у 71,1% (167). Осложнения оперативного вмешательства отмечены у 4 (1,7%) оперированных женщин. У 2 (0,85%) пациенток произошло интраоперационное ранение мочевого пузыря на этапе диссекции предпузырного пространства. У 2 (0,85%) пациенток имела место паравезикальная гематома. На контрольную явку через 12 месяцев после операции явились 140 (59,6%) пациенток. Через 24 месяца – 98 (41,7%). Через 36 месяцев после операции явка на осмотр составила 58 (24,7%) от числа оперированных женщин. У 11 (4,7%) выявлен пролапс de novo: без клинических проявлений и жалоб со стороны мочеиспускания и дефекации - у 8 (3,4%) женщин, жалобы на чувство инородного тела, дискомфорт - у 3 (1,27%). Все оперированные женщины после операции отметили улучшение соматического состояния и качества жизни. Заключение: Таким образом лечение тазового пролапса с применением сетчатых имплантов является эффективным и безопасным методом лечения, показывающим хороший результат в отдаленном послеоперационном периоде.

208. Распространенность хронических заболеваний вен нижних конечностей и синдрома беспокойных ног среди работников предприятий города Москвы и Московской области

*Мазайшвили К.В. (1), Киян К.А. (2),
Ширязданова Ю.Ф. (1), Суханов А.В. (2),
Ангелова В.А. (1)*

Сургут, 2) Москва

- 1) Сургутский государственный университет
- 2) Флебологический центр "Антирефлюкс"

Распространенность хронических заболеваний вен нижних конечностей (ХЗВНК) в последние десятилетия была изучена весьма основательно. Несмотря на некоторые разногласия, большинство исследователей сходятся на том, что она очень широкая и может достигать 80% от взрослой популяции. Конечно, далеко не всегда ХЗВНК у людей являются причиной какую-либо субъективной симптоматики, связанной с неприятными ощущениями в ногах. Вообще любая субъективная симптоматика может иметь причиной расстройства неврологической сферы, или же просто усугубляться им. Распространенность ХЗВНК очень широкая, но и распространенность синдрома беспокойных ног (СБН) тоже очень большая. По данным эпидемиологических исследований с СБН или болезнью Виллиса—Экбома страдают от 3,9 до 15,0% взрослого населения. Материал и методы По инициативе Московского областного отделения Ассоциации флебологов России было обследовано 582 работника предприятий Москвы и Московской области («офисный» тип трудовой деятельности). Исследование проводилось в первой половине дня непосредственно на предприятии. Среди обследованных было 450 (77,5%) женщин и 131 (22,5%) мужчин в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст 45,0 лет). Обследование включало осмотр флеболога с одновременным ультразвуковым дуплексным исследованием вен нижних конечностей. Всем пациентам было проведено анкетирование с использованием опросника для выявления синдрома беспокойных ног (критерии IRLSSG, 2003). Результаты Распределение по клиническим классам сам ХЗВНК (по классификации CEAP) составило: класс C0 – 101 человек (17,4%); C1 – 337 (57,9%); C2 – 86 (14,8%); C3 – 44 (7,6%); C4 – 3 (0,5%); C5 – 2 (0,3%); C6 – 9 (1,5%). Статистически чаще имел место клинический класс C0 у мужчин – 41 (31,1%), чем у женщин 60 (13,3%) ($p < 0.05$). Клинический класс C1, напротив, чаще имел место у

лиц женского пола – 288 (64,0%) против 49 (37,1%) у мужчин ($p < 0.05$). Пациенты с клинически значимыми признаками ХЗВНК, т.е. с клиническим классом С2 и выше составили 144 человека (24,7%). Субъективные симптомы в ногах имеются у 69,1% обследованных, что соответствует литературным данным. Обращает на себя внимание что люди с признаками СБН встретились вдвое чаще, чем описано в литературе (81 человек или 13,9% против 7%). При этом, сочетание ХЗВНК и СБН имело место у 42 обследованных. Таким образом, у каждого третьего пациента с ХЗВНК имеются признаки СБН (так называемой болезни Виллиса—Экбома), что следует учитывать при обследовании и назначении лечения таким пациентам.

209. Инородные тела в абдоминальной хирургии

*Одишелашвили Г.Д. (1,2) Рудык Р.Е. (2)
Пахнов Д.В. (1,2)*

Астрахань

1) Астраханский государственный медицинский университет 2) ГБУЗ АО АМОКБ

Инородные тела регулярно встречаются в практике хирурга, в том числе и занимающегося брюшной хирургией. Большинство предметов, тем или иным образом попавших организм, несут в себе существенную опасность для здоровья и жизни человека. Несвоевременное распознавание инородных тел вызывает в мягких тканях и органах брюшной полости воспалительные процессы и последующее образование инфильтратов, их нагноение, миграцию, кровотечение, перфорацию полых органов, являющейся причиной перитонита. За период с 2016 по 2017, в хирургическом отделении №1 ГБУЗ АО АМОКБ находились на лечении 6 пациентов с инородными телами брюшной полости. Из них 2 мужчин и 4 женщины. В двух случаях это была рыба кость. В первом случае кость располагалась в жёлчном пузыре, во втором - в брюшной стенке, позади левой прямой мышцы живота. Рыба кость жёлчного пузыря сопровождалась клиникой, напоминающей хронический холецистит, заболевание длилось 2 года, диагноз был установлен с помощью КТ. Пациенту выполнена холецистэктомия, кость, 35*2

мм., располагалась наполовину в просвете жёлчного пузыря, наполовину – в его стенке. Рыба кость во втором случае манифестировала возникновением инфильтрата брюшной полости и брюшной стенки с абсцедированием. Наличие кости установлено также с помощью КТ. Была выполнена лапаротомия и вскрытие абсцесса брюшной стенки через отдельный разрез, рыба кость, 40*3 мм., располагалась в гнойнике позади левой прямой мышцы живота. Примечательно, что в обоих случаях, на момент операции, полностью отсутствовала связь с полыми органами брюшной полости, откуда проникали эти инородные тела. Проглоченные инородные тела, потребовавшие оперативного лечения, были в одном случае. Пациентка, с установленным диагнозом болезни Крона и стенозом подвздошной кишки, поступила с клиникой обтурационной кишечной непроходимости. В связи с основным заболеванием больной выполнена правосторонняя гемиколэктомия. Выявлен стеноз 20 см. подвздошной кишки до 7 мм., а причиной непроходимости стал проглоченный пластмассовый зубной протез, закупоривший стенозированный участок кишки. Инородные тела, вследствие ранее выполнявшихся медицинских вмешательств были в 3 случаях. В одном случае горизонтальная бранша «Т»-образного дренажа, после выполненной тремя годами ранее холецистэктомии с дренированием холедоха. Пациентка поступила с клиникой холангита. Инородное тело диагностировано с помощью МРТ. Произведено удаление инородного тела и холедохолитотомия. В двух случаях – внутриматочная спираль. В первом случае инородное тело обнаружено при КТ, выполненной в связи с неясными болями в левой половине живота, инородное тело располагалось слева от корня брыжейки, произведено его удаление. Во втором случае, как находка, спираль обнаружена в большом сальнике при операции грыжесечения, по поводу послеоперационной грыжи, возникшей после ампутации матки в анамнезе. Все пациенты выздоровели и выписаны на амбулаторное лечение у хирурга.

210. Острая интестинальная окклюзия при ишемической болезни кишечника*Багдасаров В.В., Багдасарова Е.А*

Москва

Городская клиническая больница им. С.С.Юдина
Сеченовский Университет

Самой тяжёлой формой патологии в неотложной хирургии остаётся острая интестинальная ишемия (ОИИ). Летальность при остром артериальном мезентериальном тромбозе очень высокая и на протяжении долгих лет не меняется – 67 - 97%. Чем же объяснить эту сложившуюся трагическую ситуацию? Необходимо отметить, что государственной статистике учета летальности этой самой грозной патологии брюшной полости никогда не велось. Ключевым моментом, определяющим результаты лечения больных с ОИИ, являются сроки верификации ишемической стадии заболевания, что сопряжено с возможностями применения эндоваскулярных технологий. Отсутствие патогномоничных симптомов в стадии ишемии приводит к тому, что диагноз ОИИ устанавливается лишь в 18-27% наблюдений. Это диктует необходимость совершенствования именно ранней (до развития некроза кишечника и перитонита) диагностики острой окклюзии верхней брыжеечной артерии, что значительно улучшает результаты лечения больных с ОИИ. ЦЕЛЬ: Определить пределы возможности использования рентгенэндоваскулярного лечения при остром нарушении интестинального кровообращения у больных с ишемической болезнью кишечника. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Материалом исследования являются результаты лечения 39 больных с нарушением интестинального кровообращения в период с 2011 по 2016 г. Возраст больных колебался от 42 до 89 лет. Средний возраст составил 69,8±3,6. Из них мужчин было 27 (69,2 %) и 12 женщин (30,8 %). Для диагностики ОИИ мы применили разработанный лечебно-диагностический алгоритм: при поступлении пациентам с подозрением на ОИИ после обзорной рентгенографии и УЗИ брюшной полости выполняли СКТ с болюсным контрастированием. При обнаружении признаков интестинальной окклюзии проводили аортомезентерикографию. В случаях обнаружения окклюзии ВБА выполняли эндоваскулярные вмешательства (механическую реканализацию проводниками, тромбоспирацию, локальный тромболитиз, ангиопластику,

стенотирование). Восстановление кровотока контролировали повторной мезентерико-графией через 12-24 часа, а при возобновлении болей, раньше. Хирургическое лечение в стадии инфаркта кишки заключалось в резекции некротизированной кишки, ушивании однорядным или аппаратным швом культи кишки наглухо, отсроченным межкишечным анастомозом и выполнением программных реопераций. Края лапаротомной раны сводили кожными швами. Интервал между программными реоперациями выбирали с учетом интегральной оценки тяжести состояния и прогноза исхода. В стадии перитонита лечение включало: резекцию некротизированной кишки с выведением бесшовных кишечных стом по Каншину, формирование лапаростомы с VAC- дренированием, программные санации (реоперации) с учетом индекса вопадения брюшины, тяжести перитонита (Мангеймский перитонеальный индекс), тяжести состояния по APACHE II, оценки органной дисфункции по SOFA. РЕЗУЛЬТАТЫ: Из 39 больных у 31 (79,5%) - диагностирована острая окклюзия в системе ВБА; у 8 (20,5%) больных диагностирован критический стеноз ВБА. Больным с острой окклюзией ВБА в 31 (79,5%) наблюдении проведено эндоваскулярное восстановление кровотока. Антеградная механическая реканализация проводниками выполнена 11 (35%) больным, аспирационная тромбэкстракция - 20 (64,5 %) больным с последующей баллонной ангиопластикой 18 (58,0%) больным, при этом у 4-х (12,0%) из них с последующей имплантацией стента. У 8 (20,5%) больных с критическим стенозом ВБА проведена баллонная дилатация с имплантацией стента с последующим успешным ангиографическим результатом у 6 больных. В 7 (22,5%) случаях острой интестинальной ишемии после проведенной ангиопластики наблюдался реперфузионный синдром, вначале расцененный нами как дистальная эмболизация. В 3-х случаях больным при остром нарушении интестинального кровообращения выполнена «открытая» тромбэктомия по традиционной методике с применением катетера Фогарти, при этом у 2-х больных процедура была неэффективна в связи с поражением 2 и 3 сегмента ВБА (дистальная эмболизация). Технический успех рентгенэндоваскулярных вмешательств у пациентов с нарушением кровотока в ВБА был достигнут в 83,9 % случаев. В стадии ишемии кишки умерли 9 (23,5%) больных. Выводы. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения рентген-эндоваскулярных методов лечения при остром нарушении интестинального кровообращения у больных с ишемической болезнью

кишечника только в стадии ишемии. Эндovasкулярное восстановление кровотока является методом выбора (до развития инфаркта кишки и перитонита), позволяющим восстановить кровоток в ВБА и ее ветвях практически любой локализации (в отличие от стандартных методов лечения

211. Оценка тяжести состояния и прогнозирование исхода при сочетанной травме груди

*Багдасаров В.В.(мл)(2), Тавадов А.В)(2),
Багдасарова Е.А(1), Багдасаров В.В(2).*

Москва

ГКБ им. С.С. Юдина(2), Сеченовский университет (1)

Введение Многовариантные сочетания повреждений с разной степенью тяжести, различная значимость поврежденных органов для организма, а также наложение клинических симптомов друг на друга в значительной мере затрудняют определение прогноза и выбор тактики лечения. У пострадавших с тяжелой ЗСТГ интегральные шкалы-системы имеют большое значение в прогнозе исходов, осложнений и длительности лечения. В практической работе крайне важным является использование оценочных шкал и для выбора содержания и объема хирургической тактики, а также оценки ее эффективности. Основой для этого может быть многофакторный динамический мониторинг. Анализ хода лечения, динамики изменения исследуемых показателей, осложнений и исходов у 40 пациентов ретроспективной группы позволили не только определить недостатки «традиционной» тактики, но и сформировать систему прогностической оценки тяжести состояния и летального исхода. Цель: оценить пригодность интегральных оценочных шкал для решения практических задач у пострадавших при сочетанной травме груди. Материал и методы исследования. Материалом настоящей работы являются результаты исследований, проведенных в период с 2014 по 2016г. (Городская клиническая больница им.С.С. Юдина г.Москва). С целью определения критериев интегральной оценки тяжести состояния, прогноза и разработки лечебно-диагностического

алгоритма у пострадавших с закрытой сочетанной травмой груди, 40 пациентов были подвергнуты ретроспективному анализу. При поступлении определяли следующие клинико-лабораторные параметры: гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, лактат, ЧСС, АД, а также индекс Алговера. Для определения разрешающей способности определяемых показателей мы строили рабочую характеристическую кривую (ROC – receiver operation characteristics) и оценивали площадь под кривой (AUROC), используя интернет-ресурс <http://www.anaesthetist.com/mnm/stats/roc/Findex.htm>. Результаты. Как известно, тяжесть состояния при поступлении существенно влияет на частоту летальных исходов. Оценка тяжести состояния пациентов принято определять по интегральным шкалам, из которых мы пользовались шкалами APACHE-II и SOFA. В то же время, при анализе летальных исходов выявлено, что среди пациентов, имевших баллы по шкале APACHE-II от 8 до 13, летальность составила 25,0 %, от 14 до 20 баллов – 53,8 %, от 21 до 28 баллов – 50,0 %, свыше 28 баллов – 60,0 %. Ввиду того, что использовать шкалу APACHE-II для индивидуального прогнозирования не представилось возможным, для уточнения прогноза летального исхода в первые сутки от момента поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой сочетанной травме мы проделали многофакторный регрессионный анализ, в который включили все переменные, имеющие корреляционные связи с вероятностью летального исхода. После составления таблицы корреляционных связей провели ранжирование в порядке убывания силы связи. Регрессионный анализ связей, начиная от самой сильной к самой слабой, позволил выделить факторы, влияющие на качество прогнозирования. Оказалось, что оценка по шкале APACHE II относится к факторам, ухудшающим качество прогнозирования при тяжелой сочетанной травме груди в первые сутки. При этом использовали статистический пакет SPSS для Windows (версия 19,0).С помощью статистического пакета рассчитывали коэффициенты относительно того или иного параметра. Оказалось, что наиболее значимым в определении прогноза летальности является индекс Алговера, т.к. его коэффициенты в 3 и более раза превышают аналогичные показатели по другим позициям. Если применить полученную формулу при ретроспективном анализе лечения всех пациентов ретроспективной группы, сопоставив наш прогноз, определенный по формуле, с реальными исходами, зафиксированными в историях болезни, то увидим, что при значении полученного прогноза менее 1,3

все пациенты остались живы, при значениях, превышающих 1,5 летальность становится выше 50 %, а при значениях свыше 1,9 достигает 100 % . Выводы. При ретроспективном анализе было также выявлено, что при оценке в первые сутки по динамическим шкалам SOFA и шкале комы Глазго различия между группами выживших и умерших пострадавших высоко достоверны ($p < 0,001$), что позволяет использовать эти шкалы для прогнозирования исхода у пострадавших с тяжелой соче-танной травмой груди не только в динамике, но и при составлении прогноза по данным первых суток.

212. Мультидисциплинарный подход при ятрогенных повреждениях желчных протоков

Марийко В.А., Демченко И.Н., Малафеев И.В.

Тула

Тульская областная клиническая больница

Актуальность. Частота повреждений желчных протоков при выполнении холецистэктомии остается высокой, составляя от 0,1 до 0,8 %. Стриктуры желчных протоков в подавляющем числе наблюдений возникают вследствие травматического повреждения желчных протоков во время операции. Материалы и методы. За период с 2008 по 2017 гг. в хирургическом отделении Тульской областной клинической больнице пролечено 23 пациента с ятрогенными повреждениями желчных протоков. Средний возраст пациентов составил 66,8 лет. Распределение по полу: женщин было 20, мужчин - 3. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 4, традиционная холецистэктомия - у 12, лапароскопическая холецистэктомия с конверсией - у 7. При этом лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите выполнялась в 5 случаях. Повреждения желчных протоков диагностированы: интраоперационно в 6, после операции в 17 случаях. В соответствии с классификацией по уровню повреждения желчных протоков Э.И. Гальперина больные были разделены следующим образом: - повреждения "+2" - 11 больных, - повреждения "+1" - 1 больной, - повреждения "0" - 4 больных, - повреждения "-1" - 2

больных, - повреждения "-2" - 3 больных, - малые повреждения (электротравма) - 1 больной, - изолированное повреждение правого долевого протока - 1 больной. Большинство больных были госпитализированы в тяжелом состоянии, что требовало двухэтапного лечения. У ряда больных имелись холангиогенные абсцессы печени и абсцессы брюшной полости. Важным компонентом первого этапа являлось выполнение ЧЧХС, которая была применена у 20 пациентов. ЧЧХС выполнялись под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. При полной обструкции желчных путей, развитии желчной гипертензии и механической желтухи ЧЧХС, помимо диагностики уровня и протяженности поражения, позволяла выполнить декомпрессию желчных протоков. Наибольшие трудности возникали при нерасширенных желчных протоках. Такие ситуации имелись при наружных и внутренних билиарных свищах. Наш опыт показывает, что ЧЧХС на нерасширенных желчных протоках является эффективной манипуляцией при ятрогенных повреждениях. На втором этапе реконструктивные операции выполнены у 17 пациентов. Им производились гепатикоюноанастомоз и анастомоз по Н.Ф. Кузовлеву. У 3 пациентов установлены стенты в желчевыводящие пути. 3 больным сформировано наружновнутреннее дренирование желчных протоков с целью подготовки к реконструктивной операции. Средние сроки лечения данной тяжелой группы больных составили 39 койко-дней. Умерли 2 больных и летальность составила 8,7%. Обсуждения. Антеградный чреспеченочный доступ в билиарные протоки с лечебно-диагностической целью при поражении желчного дерева доброкачественного или злокачественного характера в большинстве случаев рассматривается как альтернативный при невозможности или неэффективности эндоскопического варианта малоинвазивного вмешательства. При ятрогенных повреждениях желчных протоков ЧЧХС является основным лечебно-диагностическим вмешательством на первом этапе лечения. Велико значение наличия антеградного чреспеченочного доступа в билиарные протоки при выполнении реконструктивных операций у больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков. Заключение. Лечение больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков требует объединения усилий хирургов, специалистов по рентгеноэндобилиарным и эндоскопическим вмешательствам. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия является эффективной манипуляцией при данных повреждениях. Наличие

ЧЧХС обеспечивает двухэтапное лечение больных при тяжелых повреждениях желчных протоков.

213. Применение комбинированной технологии транскутанного дренирования с использованием эндоскопических навигационных методов в лечении пациентов с хроническими псевдокистами поджелудочной железы

Семенов Д.Ю. (2), Ребров А.А. (1), Ваганов А.А. (1), Полиглоттов О.В. (1), Барышникова В.В. (1), Богданов А.П. (1), Гуня З.А. (1), Куликов Д.В. (1)

Санкт-Петербург 2) Москва

- 1) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, НИИ хирургии и неотложной медицины
- 2) ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Введение. Миниинвазивные дренирующие операции занимают ведущее место в лечении пациентов с псевдокистами поджелудочной железы, достигая большей эффективности, результативности, в сравнении с традиционными радикальными дренирующими операциями. Остается достаточно дискуссионным вопрос лишь о выборе миниинвазивного метода: транслуминальное или транскутанное дренирование. Проблема выбора заключается в послеоперационных осложнениях, достаточно частым из которых после проведенного транскутанного дренирования, являются наружные панкреатические свищи. По данным литературы процент образования наружных фистул в послеоперационном периоде достигает 45%, исключая транскутанный вариант дренирования, в ряде когортных исследований, как метод выбора. Цель. Разработать комбинированный метод транскутанного дренирования псевдокист поджелудочной железы, позволяющий с одной стороны адекватно провести санацию дренируемой полости псевдокисты, с другой минимизировать развитие наружных панкреатических свищей в послеоперационном периоде. Материалы, методы. За период с 2015г. по 2017г. в хирургическом отделении №3 НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова в лечении 23 пациентов с хроническими псевдокистами поджелудочной железы была

использована комбинированная технология транскутанного дренирования с использованием эндоскопических навигационных технологий. Группу составили 18 мужчин (78.3%), 5 женщин (21.7%). Средний возраст группы составил 42 года со стандартным отклонением 10 лет. У 19 пациентов (82,6%) наблюдалась клиническая картина ремитирующего панкреатогенного абдоминального болевого синдрома. У 2 пациентов (8.7%) преобладали диспептические нарушения за счет компримирования псевдокистой выходного отдела желудка. У 2 пациентов (8.7%) наблюдалось бессимптомное течение, однако, учитывая персистенцию псевдокист в размерах, поставлены были показания к оперативному лечению. На предоперационном этапе обследование проводилось по установленному в клинике алгоритму в объеме трансабдоминального УЗИ, МРТ, МРХПГ, ВГДС. Вариабельность размеров кистозных образований составила от 4 до 12 см. Распределение псевдокист по локализации в поджелудочной железе в группе составило: в головке в 12 случаях (52.2%), в теле у 6 пациентов (26%), в хвосте у 5 пациентов (21.8%). Показания к хирургическому лечению выставлялись по следующим критериям: наличие абдоминального болевого синдрома, диаметр псевдокист более 6 см, клиническая картина компрессионного синдрома. Комбинированное дренирование проводилось одномоментно с двухэтапной последовательностью. Первым этапом проводился эндосонографическое исследование с определением оптимального участка трансабдоминального прохождения дренажной системы. Вторым этапом под эндоскопическим контролем выполнялось транскутанное дренирование псевдокисты системами стилет-катетер типа pig-tail 10.2 Fr. Санационные мероприятия в послеоперационном периоде проводились в течение 14-30 дней. Проведение санаций зависело от характера отделяемого из дренируемой полости псевдокисты. Через месяц формировался цистогастроанастомоз на «потерянном» дренаже. Результаты. Контрольное обследование пациентов в послеоперационном периоде проводилось через 3, 7, 12 месяцев. Обследование проводится неинвазивными инструментальными методами: трансабдоминальное УЗИ, МРТ, МРХПГ. В исследуемой группе лечение оказалось эффективным у 20 пациентов (87%). У 2 пациентов (8.7%) произошел рецидив псевдокисты через 6, 9 месяцев соответственно, с развитием абдоминального болевого синдрома, в следствии обострения панкреатита засчет не соблюдения

рекомендаций, что потребовало проведение редренирований. У 1 пациента (4.3%) через 5 месяцев сформировался панкреатогенный абсцесс на месте дренируемой полости псевдокисты засчет вторичного инфицирования, на фоне нарушения дренажной функции цистогастроанастомоза. Также пришлось после эндоскопического удаления дренажной системы, выполнить комбинированное редренирование. Учитывая полученные данные, за 3 пациентами продолжается динамическое наблюдение с предстоящим контрольным обследованием и оценкой отдаленных результатов. Летальных исходов не наблюдалось. Заключение. Применение предложенной методики позволяет прецизионно выполнить транскутанное дренирование с минимальным риском интраоперационных осложнений, на долю которых, по данным литературы, приходится до 20%. Для проведения дренирования нет технических ограничений, зависящих от цистодигестивного расстояния. Также преимуществом комбинированного метода является возможность длительного визуального контроля и проведение санационных мероприятий при необходимости, с последующим формированием эндоскопического внутреннего цистогастроанастомоза. В заключении, превалирующим достоинством комбинированной методики является профилактика и предотвращение наружных панкреатических свищей.

214. Результаты лечения распространенного гнойного перитонита с помощью вакуум-ассистированной лапароскопии

*Черданцев Д.В., Первова О.В., Шапкина В.А.,
Шадеров И.А., Трофимович Ю.Г.*

Красноярск

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет имени проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Актуальность. Санация отлогих мест брюшной полости, межкишечных карманов при использовании классической процедуры вакуум-ассистированной лапароскопии затруднена, поэтому необходимы методы лечения, позволяющие

снизить количество повторных открытых санаций. Материал и методы. Проспективное рандомизированное исследование включает 47 пациентов с распространенным гнойным перитонитом (РГП). В первую группу ВАЛ (вакуум-ассистированная лапароскопия) вошли 23 пациента, которым проведена терапия отрицательным давлением с помощью аппарата VivanoTec® S042 (Hartmann, Germany) в режиме постоянного отрицательного давления 120 мм.рт.ст. Во вторую группу ВИЛ (вакуум-инстилляционная лапароскопия) вошли 24 пациента, которым проведена аналогичная терапия, дополненная применением инстилляционно-дренажного устройства (ИДУ). Бранши ИДУ устанавливались в верхний и нижний кишечные синусы, в правый и левый боковые каналы, а также в подпечёночное пространство и малый таз. Через ИДУ в брюшную полость один раз в 4 часа подавался физиологический раствор в объеме 800 мл. Аппарат отрицательного давления отключался на 30 минут, затем процедура вакуумирования брюшной полости возобновлялась. Результаты. Все 47 пациентов изначально находились в палатах интенсивной терапии (ПИТ). Медиана пребывания в ПИТ составила 14 (12;16) суток в группе ВАЛ по сравнению с группой ВИЛ – 9 суток (8;10) ($p < 0,05$). Медиана пребывания в стационаре в группе ВАЛ 26 (22;30) дней, в группе ВИЛ 19 (17;21) дней. В группе ВАЛ умерло 8 пациентов (34,7%), в ВИЛ 6 пациентов (25%). Микробное число (МЧ) в обеих группах в 0 день было больше 105. Снижение МЧ произошло у 17 пациентов (70,8%) группы ВИЛ и 12 пациентов (52,2%) группы ВАЛ ($p = 0,038$) на 2 сутки. Зафиксирована прямая сильная корреляционная связь ($r = 0,98$ при $p = 0,017$) между ИБП и МЧ. Первичное фасциальное закрытие проведено после второго хирургического вмешательства у 12 пациентов группы ВАЛ (52,2%) и 18 пациентов группы ВИЛ (75%). Применение ИДУ показало наилучшие результаты при санации отлогих мест брюшной полости. В группе ВИЛ количество интраабдоминальных осложнений было ниже, чем у пациентов группы ВАЛ. Такие показатели были достигнуты благодаря уменьшению частоты формирования стрессовых перфораций и кишечных свищей в группе ВИЛ (9/37,5±10,2%) по сравнению с ВАЛ (14/60,8±10,2%) ($p = 0,046$). Применение разработанного ИДУ в сочетании с ВАЛ позволило снизить вероятность формирования абсцессов брюшной полости. Показатели в группах ВАЛ и ВИЛ составляют, соответственно, 19/82,6±7,9% и 13/54±10,2% ($p = 0,031$). Обсуждение. Фракционное введение в брюшную полость физиологического раствора способствует более быстрому ее

очищению. Перитонеальный экссудат разбавляется, увеличивается его текучесть, и повышается эффективность его элиминации из брюшной полости с помощью вакуума. Снижение бактериальной обсемененности способствует уменьшению воспаления брюшины, что дает возможность выполнить в более ранние сроки первичное мышечно-фасциальное закрытие брюшной полости. Важным положительным эффектом ВИЛ является уменьшение частоты развития кишечных свищей и абсцессов брюшной полости. Именно эти осложнения существенно удлиняют общую экспозицию открытого живота у пациента и становятся главной причиной летальности. Выводы и рекомендации. Результаты показывают, что вакуум-инстилляционная лапаростомия является перспективным методом при ведении пациентов с РГП в режиме открытого живота. Убедительных доказательств того, что ВИЛ более эффективна, чем ВАЛ, получено недостаточно. Мы считаем, что это связано с небольшой выборкой, и результаты будут меняться с учетом опыта.

215. Тяжелая минно-взрывная травма мирного времени

*Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Тамаев Т.И.,
Багдасарьянц В.Г., Кандыба Д.В., Карпенко А.С.*

Санкт-Петербург

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

Анализируется опыт хирургического лечения в травмоцентре СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе 4 женщин с минно-взрывной травмой, полученной в результате взрыва в вагоне Санкт-Петербургского метро 03.04.2017. Травма у всех была тяжелой сочетанной механической, у 2 – в комбинации с ожогами I-II степени лица и кистей. У раненой П., 70 л., диагностированы разрушение левой верхней конечности на уровне локтевого сустава с разрывом крупных сосудов и нервов, переломом обеих костей предплечья и костей левой кисти, осколочное сквозное ранение правой кисти с оскольчатými переломами II-V пястных костей, массивная кровопотеря и шок III ст. После

провизорной перевязки плечевой артерии и восполнения кровопотери ей в срочном выполнены ампутация левой верхней конечности на уровне нижней трети плеча и внешняя фиксация переломов костей правой кисти спицевым аппаратом, через 1,5 месяца – свободная аутодермопластика раны тыла правой кисти. Выписана через 2 месяца. Раненая А., 24 лет, получила множественные осколочные слепые ранения средней зоны лица с переломами костей носа и полигемосинусом. Ей произведена ПХО ран лица с наложением первичных швов. Провела в стационаре 5 недель. У пострадавшей С., 18 л., диагностированы открытая черепно-мозговая травма с тяжелым ушибом головного мозга, переломом костей свода черепа и полигемосинусом, множественные осколочные слепые ранения таза с переломом крыла левой подвздошной кости и повреждением ветвей левой верхней ягодичной артерии, ранения левого плеча и предплечья с диафизарным переломом левой локтевой кости, крайне тяжелая кровопотеря, шок III ст. Выполнены шов лучевой артерии, внешняя фиксация костей предплечья слева, селективная эмболизация ветвей и ствола левой верхней ягодичной артерии, ПХО открытого перелома костей таза, мягких тканей плеча, предплечья и бедра слева. В последующем производились вторичная хирургическая обработка раны левого бедра с установкой и двукратной сменой NPWT системы, вторичный шов раны левого бедра, свободная аутодермопластика и вторичный шов раны левого предплечья, наkostный остеосинтез левой локтевой кости. Выписка через 2,5 месяца. У пострадавшей К., 29 лет, диагностированы осколочное слепое проникающее ранение черепа с повреждением головного мозга и костей свода черепа, сдавление лобных долей эписубдуральной гематомой, пневмоцефалия, отек головного мозга, отогеморрагия, закрытая травма груди с ушибом легких, множественные осколочные слепые непроникающие ранения груди, осколочные слепые ранения III и IV пальцев правой кисти, огнестрельный перелом обеих костей правой голени, неполный отрыв II и III пальцев правой стопы, шок II ст. Производились декомпрессионная бифронтальная трепанация черепа, санация очагов контузии головного мозга, расширяющая пластика твердой мозговой оболочки, ПХО ран мягких тканей груди, левого предплечья, обеих кистей и правой голени, внешняя фиксация переломов костей правой голени, фиксация II и III пальцев правой стопы спицами. Через месяц после травмы выполнены блокируемый интрамедуллярный остеосинтез правой большеберцовой кости и пластика твердой мозговой оболочки широкой

фасцией бедра. Через 2 месяца переведена в санаторий. Через полтора месяца после этого сделана краниопластика титановой пластиной. Выписана через 4 месяца после ранения. Таким образом, особенностями минно-взрывной травмы, полученной в вагоне метро в результате террористического акта, являются одномоментное поступление в травмоцентр нескольких тяжелораненых, комбинированность и сочетанность повреждений наличие тяжелых черепно-мозговой травмы, осколочных повреждений мягких тканей и переломов костей, необходимость формирования нескольких хирургических бригад, использования тактики Damage control, эндоваскулярных вмешательств и продолжительного многоэтапного лечения с участием хирургов различных специальностей.

216. Чресфистульное наноэлектроимпульсное дробление конкрементов желчных протоков

*Бабак А.И. (1), Можая Е.А. (1),
Расквалов Д.А. (2), Андриенко И.С. (2),
Прудков М.И. (1)*

Екатеринбург

1) Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», 2) ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Введение. Наибольшие трудности чресфистульной литэкстракции обусловлены большими размерами желчных конкрементов. В 2003 году был предложен новый способ разрушения конкрементов наносекундными электрическими импульсами, сходный по механизму дробления с контактной электрогидравлической литотрипсией (ЭГЛ), но обладающий рядом преимуществ. Как при ЭГЛ, так и при наноэлектроимпульсной литотрипсии (НЭИЛ) используется гибкий зонд, содержащий 2 изолированных коаксиально расположенных электрода. При достижении контакта головки зонда с конкрементом на электроды подается электрический импульс. При высоковольтных импульсах длительностью 102-103 наносекунд твердый диэлектрик (конкремент) имеет более низкое сопротивление пробоя, чем жидкая среда.

Поэтому при НЭИЛ, в отличие от ЭГЛ, электрический пробой, создающий ударную волну, происходит не в жидкой среде, а в толще конкремента. Разрушение конкрементов при использовании НЭИЛ происходит при меньших значениях суммарной энергии и меньшем количестве импульсов, чем при ЭГЛ. Усредненная удельная объемная энергия при НЭИЛ составляет 0,8 Дж/мм³ а при ЭГЛ - 2,6 Дж/мм³. НЭИЛ нашла применение в урологии для разрушения мочевых камней. Сведения об использовании НЭИЛ в лечении холангиолитиаза в доступных нам источниках отсутствуют. Материалы и методы. В исследовании представлены 66 пациента с камнями в желчных протоках, которые проходили лечение в хирургической клинике СОКБ №1 г. Екатеринбурга с 2013 по 2016 годы. Всем пациентам ранее были выполнены холецистэктомия и дренирование желчных протоков. Возраст пациентов составлял от 30 до 89 лет, 46 женщин и 20 мужчин. Для проведения чресфистульной фиброхолангиоскопии (ФХС) мы использовали фиброскоп CHF T20 фирмы «Olympus», с внешним диаметром 6 мм и инструментальным каналом 2,6 мм и эндоскопические инструменты производства фирм «Endo-Flex» и «Boston Scientific». Подвижные конкременты и их обломки после литотрипсии диаметром менее 6 мм извлекали при помощи металлических корзинок. Крупные и/или неподвижные камни подвергали НЭИЛ. Мы использовали наноэлектроимпульсный литотриптор «Уролит» с зондами диаметром 1,2 мм, производства фирмы «Медлайн» (Томск). Зонд для НЭИЛ проводили через инструментальный канал холедохоскопа, дробление осуществляли под визуальным контролем. Мощность составляла 0,6-1 Дж (4-8 делений на шкале прибора). Дробление начинали с 0,6 Дж, повышая мощность при недостаточном эффекте с шагом 0,1 Дж (1 деление). Количество импульсов на 1 операцию колебалось от 5 до 25. Применяли режим единичных импульсов. Если не удавалось извлечь и/или раздробить конкременты только чресфистульным доступом мы выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). При неэффективности эндобилиарной санации или утере свища пациентам выполняли лапароскопию или лапаротомию из минидоступа с повторным дренированием желчных протоков. Результаты и обсуждение. Размер конкрементов составил от 5 до 28 мм. 48 пациентам дробление проведено в 1 этап, 14 - в 2 этапа и 4 - в 3 и более этапов. В 4 случаях после литотрипсии произошла миграция и вклинение обломков конкрементов в ампулу большого дуоденального сосочка. Этим пациентам

была выполнена ЭПСТ с низведением камней в кишку. Еще в 2 случаях ЭПСТ потребовалась, чтобы переместить конкремент терминального отдела холедоха проксимально для сопоставления с зондом литотриптора. 3 ЭПСТ выполнены по поводу папиллостеноза. Осложнений ЭПСТ не отмечено. Неудачи и осложнения. В 2 случаях не удалось сопоставить зонд литотриптора с конкрементом, расположенным во внутривенечных протоках. В одном случае произошло осложнение - потеря свища. Пациенту выполнена ЭПСТ для восстановления оттока желчи. Всем 3 пациентам выполнены полостные операции. У 63 пациентов (95,5%) литотрипсия оказалась успешной. Техническая эффективность литотрипсии (в тех случаях, когда удалось составить зонд литотриптора с конкрементом) составила 100%. Выводы. Чресфистульная НЭИЛ под контролем фиброхолангиоскопии - новый высокоэффективный и безопасный метод дробления желчных камней.

217. Опыт использования лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците у беременных женщин.

*Захаров Д.В., Уханов А.П., Жилин С.А.,
Большаков С.В., Леонов А.И., Амбарцумян В.М.*

Великий Новгород

Центральная городская клиническая больница

Актуальность проблемы: Острый аппендицит у беременных женщин, особенно при больших сроках, является достаточно серьезным вызовом для хирурга. Сложность заключается не только в правильном установлении диагноза острого аппендицита у беременных женщин, но и в выборе оптимального способа удаления червеобразного отростка при больших сроках маточной беременности. Использование лапароскопического доступа, обеспечивает прецизионную визуальную диагностику и оценку окружающих органов и тканей, дает возможность полноценной ревизии брюшной полости и выполнения малотравматичной операции удаления аппендикса. В литературе имеется сообщения об успешном выполнении лапароскопической аппендэктомии у беременных, при этом отмечается, что использование

эндовидеохирургической технологии сопровождается незначительным числом интраоперационных и послеоперационных осложнений во всех триместрах беременности. Вместе с тем существует точка зрения, что лапароскопическая аппендэктомия при беременности сопровождается более частым ее прерыванием и потерей плода, чем открытая аппендэктомия. Одной из причин, вызывающих негативные последствия считают воздействие карбоксиперитонеума, который является необходимым условием выполнения эндовидеохирургической операции но, оказывает отрицательное влияние на беременную женщину и плод. Неоднозначность мнений относительно возможностей использования лапароскопической аппендэктомии у беременных, технические ограничения лапароскопической технологии особенно при больших сроках беременности делают актуальным изучение этой проблемы. Цель исследования: разработка и обоснование применения эндовидеохирургической технологии в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных женщин. Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 29 беременных женщин, оперированных по поводу острого аппендицита с использованием лапароскопических технологий за период с 2013 по 2017 годы в Центральной городской клинической больнице Великого Новгорода. По срокам беременности 9 женщин были оперированы в первом триместре беременности, 15 - во втором и 5 - в третьем триместре беременности (максимальный срок 33/34 недели). У 6 женщин при диагностической лапароскопии острый аппендицит был исключен или выявлена другая нехирургическая патология, в одном случае диагностическая лапароскопия производилась во время беременности двойней. В 23 случаях выявлен острый аппендицит, при этом у всех пациенток имелись явления деструктивного процесса в червеобразном отростке (у 14 больных имелся флегмонозный у 9 гангренозный аппендицит). Введение троакаров и методика эндовидеохирургического удаления червеобразного отростка при 1 триместре беременности были как при стандартной лапароскопической аппендэктомии. Однако при больших сроках маточной беременности (2-3 семестр), начиная с 16 недели беременности 10 мм троакар для лапароскопа вводили строго под контролем глаза по методике Хассона над пупком, смещая его по белой линии вверх в зависимости от срока беременности. В правом подреберье устанавливали троакар для введения инструментов. После наложения пневмоперитонеума

операционный стол переводили в положение Тренделенбурга с латеропозицией справа для обеспечения лучшего обзора правой подвздошной области. При подтверждении диагноза острый аппендицит установлении показаний к выполнению лапароскопической аппендэктомии дополнительно устанавливали 10 мм троакар индивидуально в зависимости от срока беременности либо по правому боковому каналу, либо в эпигастрии справа от круглой связки печени. Для пересечения брыжейки аппендикса использовали монополярную коагуляцию либо ультразвуковой скальпель, червеобразный отросток перевязывался двумя лигатурами и пересекался. Культю обрабатывали электрокоагуляцией шаровидным электродом. Отсеченный аппендикс извлекался из брюшной полости в гильзе троакара-эвакуатора. Результаты: Во всех 23 случаях при выявлении острого аппендицита, операция произведена лапароскопически. Интраоперационных и послеоперационных осложнений со стороны органов брюшной полости не зарегистрировано. Антибиотикотерапия в послеоперационном периоде проводилась у 17 пациенток в остальных случаях, считали достаточным введение 1-грамма цефтриаксона до операции в качестве премедикация, которая проводилась всем пациенткам. В послеоперационном периоде больные велись совместно с врачами гинекологами, а с 2015 года во всех случаях уже на этапе поступления больные консультированы по телефону специалистами акушерского реанимационно-консультационного центра, при необходимости проводилась повторная консультация для назначений соответствующего лечения. Угроза прерывания беременности зарегистрирована в 2-х случаях, на 3-м триместре беременности, данные больные получали сохраняющую терапию и после купирования воспаления в животе, были переведены в роддом. Выводы: Таким образом, использование лапароскопической аппендэктомии у женщин в 1 и 2 семестре беременности является достаточно безопасным и эффективным методом лечения острого воспаления червеобразного отростка. При больших сроках беременности проведение эндохирургической операции значительно затруднено, но осуществимо, при надлежащей экспозиции операционного поля и достаточном опыте хирурга.

218. Хирургическое лечение повреждений пищевода

*Матвеев В.Ю. 2, Красильников Д.М. 1,2,
Хасанов Р.М. 1,2, Магомедов Б.А. 2,
Кулагина Л.Ю. 2*

Казань

1 ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет»

2 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница»
МЗ РТ

Актуальность. Вопросы ранней диагностики и комплексного лечения повреждений пищевода являются одной из сложных проблем хирургии. До настоящего времени нет единого мнения в отношении объёма и вида хирургического вмешательства. Цель исследования: улучшить результаты ранней диагностики и комплексного лечения пациентов с повреждением пищевода различной этиологии. Материал и методы. В клинике хирургии №1 ФГБОУ ВО «КГМУ» на базе отделения торакальной хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» за последние 16 лет было пролечено 76 пациентов с повреждением пищевода различной этиологии, средний их возраст составил 43,5 лет. Ятрогенные повреждения пищевода наблюдались у 17 пациентов: инородными телами - у 19, послеоперационные повреждения были у 4, посттравматические повреждения пищевода – у 4; спонтанный разрыв пищевода (СРП) – 32. Пациенты поступали в различные сроки, в среднем на 6 сутки, при СРП - на 14 сутки. Результаты. Чаще всего повреждения локализовались в нижней трети пищевода 37 (48,7%) пациентов, в основном при спонтанном разрыве пищевода. В верхней трети пищевода повреждения наблюдались у 30 (39,5%) пациентов, в средней трети – у 9 (11,8%). Повреждения пищевода сопровождались медиастинитом у 60,5% пациентов, пневмонией - 57,8%, эмпиемой плевры - 51,3%, сепсисом - 32,9%. При оказании помощи пациентам с повреждением пищевода дифференцированно подходили к выбору метода и доступа хирургического вмешательства, с учетом времени заболевания, состояния пациента, распространенности медиастинита, морфологических изменений стенки пищевода. 30 пациентам выполнено ушивание шейного отдела пищевода с использованием доступа по Разумовскому; 25 – торакотомия, ушивание пищевода; 13 - лапаротомия, ушивание пищевода с эзофагофундопликацией по Ниссену; 3

– экстирпация пищевода; 7 - видеоторакоскопия санация и дренирование плевральной полости; 48 пациентам выполняли гастростомию, 10 – трахеостомию. В послеоперационном периоде несостоятельность швов пищевода наблюдалась у 18 (23,7%) пациентов, чаще всего в группе со спонтанным разрывом пищевода 24 (31,3%). У части пациентов несостоятельность швов не была установлена в связи со смертью пациента из-за тяжести состояния. У 2-х пациентов нами успешно применена внутрисветовая эндоскопическая VAC-аспирация, у одного стентирование пищевода. Средний койко-день в стационаре составил - 37,2. Летальность в группе с несостоятельностью швов пищевода наблюдалась у 44,4% пациентов. Общая летальность 23,7%, Причины летальности: кровотечение – у 7 пациентов, прогрессирование медиастинита и СПОН – 11 пациентов. Заключение. Основной проблемой данной патологии остается поздняя диагностика повреждений пищевода, что связано с недостаточными знаниями врачей, неадекватной оценкой полученных данных при обследовании; поздними госпитализацией пациентов в стационар и консультацией торакального хирурга; длительное неэффективное консервативное лечение; задержка с операцией. Необходима разработка новых стандартов оказания хирургической помощи при повреждении пищевода, особенно осложненных медиастинитом, методов лечения при несостоятельности первичных швов. По нашему мнению, перспективными методами лечения являются использование современных эндоскопических методик, стентирование пищевода, внутрисветовая эндоскопическая VAC-аспирация.

219. Роль видеоторакоскопии в лечении пострадавших с огнестрельными ранениями груди

Шнитко С.Н.

Минск

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы лечения пострадавших с огнестрельными ранениями груди (ОРГ) подчеркивается большим удельным весом (до 15%) среди травм военного времени и высокой летальностью (до 10%). Использование видеоторакоскопии (ВТС) изменяет тактические подходы к диагностике и хирургическому лечению ОРГ. Цель. Показать эффективность и безопасность применения ВТС в диагностике и хирургическом лечении пострадавших с ОРГ мирного времени. Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 113 пострадавших с ОРГ. Из них у 80 (70,8%) имелись пулевые ранения, у 33 (29,2%) – осколочные. Сквозные ранения диагностированы у 60 (53,1%), проникающие ОРГ с повреждением органов грудной клетки – у 93 (82,3%) пострадавших. Раненые были разделены на 3 группы в зависимости от метода хирургического лечения. В первую группу были включены 88 (77,9%) пострадавших для диагностики и лечения которых применялась традиционная тактика (торакоцентез и дренирование плевральной полости). Во вторую группу вошли 12 пострадавших, перенесших торакотомию (ТТ). В третью группу включено 13 раненых, для диагностики и лечения которых, применялась ВТС. Полученные результаты. Послеоперационные осложнения в виде эмпиемы плевры развились у 5 (4,7%) пострадавших от ОРГ, у 10 (8,8%) – пневмония, также у 10 (8,8%) – нагноение послеоперационной раны. Летальный исход имел место в 3 (2,7%) случаях: у двух – с ранением сердца и у одного – с множественным повреждением органов грудной клетки. Обсуждение. При использовании в качестве хирургического лечения торакоцентез и дренирование плевральной полости (n=88) послеоперационные осложнения отмечены у 17 (19,3%) пострадавших и летальный исход – у одного раненого. После ТТ (n=12) послеоперационные осложнения отмечены у 7 (58,3%) пострадавших и летальный исход – у двух раненых. После ВТС (n=13) послеоперационные осложнения отмечены у 1 (7,7%) раненого при отсутствии летальности. Длительность

стационарного лечения составила: 57,3±2,1 сут после ТТ, 41,7±2,1 сут после торакоцентеза и дренирования плевральной полости и 28,1±2,3 сут после ВТС. Вывод. Рациональное и эффективное использование видеоторакокопии при огнестрельных ранениях груди позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений в 7 раз, сроки стационарного лечения в 2 раза и свести до минимума послеоперационную летальность.

220. Первое наблюдение и успешное лечение болезни Боуэна перианальной области

Цицкарава А.З., Демин А.Н.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Актуальность Среди врачей всех специальностей вопрос своевременной верификации диагноза остается всегда актуальным. Особенно сложной является проблема выявления тех нозологий, которые занимают промежуточные положение, «на стыке» нескольких дисциплин. Таким примером является болезнь Боуэна – известное дерматологическое заболевание, которое может поражать и перианальную область. И тогда постановка правильного диагноза и решение о тактике лечения зависит от врача-колопроктолога. Материалы и методы В данном клиническом примере представлено первое наблюдение болезни Боуэна перианальной области в условиях НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. В декабре 2016 года пациент А., 63 лет, обратился к колопроктологу клинко-диагностического центра ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с жалобами на зуд в области ануса. Из анамнеза известно, что ранее получал местную консервативную терапию – без эффекта. При объективном осмотре в перианальной области на расстоянии 1,5 см от задней полуокружности ануса имелся участок уплотнения 2,5х4,0 см с белесоватой чешуйчатой поверхностью и омозолелыми краями, не смещаемый, безболезненный. Дифференциальный диагноз проводился между экземой, перианальным дерматитом и

злокачественным поражением кожи (болезнь Боуэна, экстрамаммарная форма рака Педжета). С целью верификации диагноза в ходе первичной консультации взят биопсийный материал для гистологического исследования. В результате диагноз «Болезнь Боуэна перианальной области» был подтвержден гистологически. Пациент был госпитализирован в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, полностью обследован. Полученные результаты В январе 2017 года пациенту выполнена операция – иссечение злокачественного образования перианальной области с Z-образной лоскутной пластикой кожи. Ранний послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Послеоперационная рана заживала вторичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на двенадцатые сутки после операции. В течение года пациент регулярно осматривался раз в 1-2 месяца с целью исключения рецидивирования заболевания. Положительные отдаленные результаты лечения и наблюдение на протяжении года – свидетельствуют о радикальности выбранного метода лечения. Обсуждение Среди дерматологической общественности в настоящее время обсуждается лечение болезни Боуэна с использованием химиопрепаратов (в частности, 5-фторурацил в виде мазей) и применения лучевой терапии. Однако данное лечение наиболее актуально при более обширных площадях поражения кожи, а по мнению некоторых авторов – противопоказано при парагенитальной локализации. Так как в случае данного заболевания обычно нет риска метастазирования процесса, хирургическое вмешательство является радикальным лечением. В нашем случае зона распространенности и локализация процесса позволило провести одномоментное и радикальное хирургическое лечение, не требующее дополнительного этапа кожной пластики. Выводы и рекомендации В случае перианальной формы болезни Боуэна широкое иссечение в пределах здоровых тканей является радикальным и надежным в отношении отдаленных результатов методом лечения. Постоянная онкологическая настороженность даже в рутинной амбулаторной практике колопроктолога позволяет не исключать возможность редких заболеваний и своевременно верифицировать неопластический процесс.

221. Хирургия в искусстве малых форм (хирургии и хирургия на нагрудных знаках: прошлое и настоящее)

Толмачев Р.А. (1), Глянцев С.П. (2)

Москва

- 1) ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России
- 2) ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Известно, что относящиеся к фалеристике (от лат. *phalera* – бляха, медаль) предметы так называемой «малой пластики» – ордена, медали, знаки, жетоны и др. – являются самостоятельным разделом источниковедения и материалом для исторической НИР. Однако исследований, анализирующих хирургическую фалеристику, в отечественной литературе крайне мало. Целью работы стали поиск, описание и сравнительный анализ наградных, сувенирных и памятных нагрудных знаков, отражающих повседневную работу хирургов и специалистов смежных специальностей. Всего проанализировано более 500 знаков, выпущенные в Российской империи, СССР и современной России. Анализ показал, что особенно многочисленны знаки с помещенными на них портретами хирургов, внесших крупный вклад в развитие хирургии России (Н.А. Амосов, А.Н. Бакулев, В.И. Бураковский, А.В. и А.А. Вишневские, В.Ф. Войно-Ясенецкий, П.А. Куприянов, Е.Н. Мешалкин, Б.В. Петровский, Н.И. Пирогов и др.). Повседневную деятельность хирургов отражают изображения хирургических инструментов и предметов оснащения операционных. Это – скальпели, иглодержатели, иглы, нити и другие предметы, например, перекрещенные шприц и скальпель на знаках, посвященных А.В. и А.А. Вишневским, отражающие технику местной анестезии «ползучим инфильтратом». Существуют знаки с изображениями операционного стола и бестеневой лампы над ним. На знаках могут изображаться органы, отображающие соответствующее направление хирургии: мозг – нейрохирургию, сердце – кардиохирургию, желудок, печень и кишечник – абдоминальную хирургию, почки – урологию, глаз – офтальмологию. Но ряд направлений представлены символически: травматология – подвязанным сломанным деревцем, детская хирургия – младенцем, эндоскопическая хирургия – лапароскопом. Есть знаки с изображением раны и предметов для бактериологического исследования. К научной

деятельности хирургов отнесем знаки конгрессов, съездов и конференций, а также знаки хирургических обществ и ассоциаций – от всероссийских и республиканских до областных и городских. Нередки знаки с изображениями хирургических клиник и НИИ. Что касается художественной ценности знаков, то она очень различна и варьирует от весьма высокой до крайне низкой. Знаки советского времени из драгметаллов, латуни, нейзильбера или томпака, нередко – с накладными элементами, перегородчатой эмалью и выпуклыми надписями на обороте, украшают как любительские коллекции, так и музейные, и довольно высоко котируются. В то же время нередок выпуск знаков из пластика с фотографиями персоналий, не разработанных в художественном плане или с любительскими рисунками низкого качества. Несмотря на кажущееся обилие знаков хирургической направленности, анализ показал, что в российской фалеристике представлены далеко не все направления хирургии. Так, практически отсутствуют знаки с атрибутикой военно-полевой хирургии, хирургии легких и сосудов, пластической и рентгеноэндovasкулярной хирургии, хирургии катастроф. Нет ни одного знака с изображением хирурга-педагога или лектора. Нет знаков с изображениями аппаратов для наркоза или искусственного кровообращения. В последние годы логотипы проводимых форумов чаще фиксируют на портфелях, пакетах, блокнотах и авторучках, нежели на знаках. Таким образом, наше исследование показало, что, с одной стороны, фалеристические материалы в целом отражают основные направления развития хирургии и могут служить источниками для историко-медицинского исследования. Но, с другой стороны, заказчики знаков – хирурги, и художники-медальеры мало внимания уделяют изображениям на знаках элементов повседневной деятельности хирургов и художественной проработке деталей этих изображений. Также хотелось бы видеть больше знаков, посвященных различным хирургическим форумам. В идеале каждый форум должен иметь свой знак, тогда память о нем останется не только в библиотеках, но и в музейных коллекциях.

222. Выбор объема восстановительных вмешательств у пациентов со свищами тонкой кишки на фоне распространенных внутрибрюшных спаек

Левчик Е.Ю. (1), Воробьев С.А. (2)

Екатеринбург

1) УГМУ, 2) СОКПГВВ

Актуальность. Лечение больных с тонкокишечными свищами на фоне распространенных спаек, спаечной болезни брюшной полости (СББП), представляет особую сложность. Материал и методы. Ретроспективный сравнительный анализ непосредственных результатов восстановительного лечения 293 пациентов (мужчин 197, женщин 96, средний возраст 47 лет) с послеоперационными (260) и посттравматическими (33) несформированными (95) и сформированными (198) наружными свищами тонкой кишки (пациенты со свищами искусственного происхождения исключены). По распространенности спаек брюшной полости (по О.И.Блинникову, 1993), выделили 3 группы. В 1 контрольную отнесли 60 пациентов с I-II ст. распространенности спаек, во 2 контрольную, 70 с III-IV ст. и с неполным дистальным адгезиолизисом, в 3 – основную, 163 с III-IV ст., с тотальным, или полным дистальным адгезиолизисом. Все группы были сопоставимы по демографическим показателям, а 2 и 3 – по анатомической локализации, морфологии, количеству, соотношению первичных и рецидивных свищей, величине безвозвратных потерь, тяжести белково-энергетической недостаточности и количеству сопутствующих заболеваний, частоте примененных схем предоперационного консервативного лечения, видам операций ($p > 0,1$). Позже 3 месяцев от возникновения свища оперированы 46 (76,7%) пациентов 1, 47 (85,2%) – 2, 137 (84%) – 3 групп ($p > 0,1$). Операции продолжительностью > 3 часов выполнили у 9 (15%) больных 1, 24 (34,3%) – 2, 70 (43%) – 3 групп. Сравнения выполнили с использованием критериев χ^2 (Фишера) и t (Стьюдента) при $p < 0,025$ (поправка Бонферрони). Результаты и их обсуждение. После операции умер 1 (1,7%) пациент 1, 23 (32,9%) – 2, и 9 (5,5%) – 3 групп (1 и 2, 2 и 3 $p < 0,01$). При этом несостоятельность швов/соустий кишки развилась у 7 (11,7%) 1, 18 (25,7%) – 2, 12 (7,4%) – 3 групп (1 и 2, 2 и 3 $p < 0,025$); перфорации кишки вне зоны соустья у 2 (3,3%) -1, 20 (28,6%) - 2, 12 (7,4%) – 3 групп (1 и 2, 2 и 3 $p < 0,01$); через 30 суток рецидивные свищи

оставались у 7 (11,7%) - 1, 16 (22,9%) – 2, 9 (5,5%) – 3 групп (2 и 3 $p < 0,01$); новообразованные на других отрезках кишки у 2 (3,3%) - 1, 19 (27,1%) – 2, 14 (8,6%) – 3 групп (1 и 2, 2 и 3 $p < 0,01$). Основной причиной послеоперационной летальности был распространенный перитонит у 3 (5%) больных -1, 25 (35,7%) – 2, 24 (14,7%) – 3 групп ($p < 0,01$), и сопутствующие ему легочные осложнения у 3 (5%) пациентов - 1, 26 (37,1%) -2, 10 (6,1%) – 3 групп (1 и 2, 2 и 3 группы $p < 0,01$). Средний послеоперационный койко-день составил $17,4 \pm 9,8$ в 1, $24,2 \pm 2,7$ – во 2, $20,9 \pm 3,8$ – в 3 группах сравнения ($p > 0,1$). Выводы. Результаты восстановительного лечения пациентов с наружными фистулами тонкой кишки при большой распространенности внутрибрюшных спаек были значимо хуже, чем при местной, даже в сроки более 3 месяцев после возникновения свищей. У больных с тонкокишечными свищами на фоне распространенных спаек, радикальный объем оперативного лечения должен включать полный адгезиолизис отводящего от свища отрезка тонкой кишки, что позволяет снизить послеоперационную летальность и частоту осложнений, в том числе – рецидивов и образования новых свищей.

223. Ретроспективный анализ осложнений у умерших пациентов, оперированных по поводу колоректального рака осложненного кишечной непроходимостью с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта

Денисенко В. Л. (1), Гаин Ю. М. (2), Пучков А. Ф. (3)

Витебск, 2,3) Минск

1) УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр», 2) ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь, 3) УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро»

Актуальность проблемы. Колоректальный рак (КРР) – самая распространенная злокачественная опухоль кишечника, третья по частоте встречаемости и вторая причина в структуре онкологической смертности. По данным канцер-регистра Республики Беларусь, каждые десять лет заболеваемость КРР увеличивается приблизительно

в 1,5 раза (так, частота новых случаев заболевания увеличилась с 363 в 2001 г. до 528 ? в 2010 г.). При стенозирующем КРР, осложнённом кишечной непроходимостью, до 70% пациентов поступает в стационары общехирургического профиля по неотложным показаниям. Тяжесть состояния при этом обусловлена не только характером развившегося осложнения КРР, но зачастую связана с тяжёлой сопутствующей патологией (в первую очередь, сердечнососудистой и дыхательной недостаточностью). Самым частым осложнением рака толстой кишки является обтурационная кишечная непроходимость. Она возникает у 26,4-69% пациентов. Это осложнение наиболее характерно для опухоли левой половины толстой кишки (67-72%). Одним из факторов совершенствования лечебной тактики при неотложных состояниях, обусловленных раком толстой кишки, может стать детальный ретроспективный анализ основных причин смерти пациентов, оперированных при различных вариантах оказания им urgentной хирургической помощи. Цель исследования. Провести ретроспективный анализ основных причин смерти пациентов, оперированных в неотложном порядке по поводу хирургических осложнений колоректального рака с наложением первичного анастомоза. Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты ретроспективной оценки основных причин смерти 14 385 умерших в городе Минске за период с 2013 по период 2015 год. Детально изучены протоколы аутопсий 8 382 умерших по данным УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска. Среди них отобрано 187 протоколов аутопсий умерших от различных осложнений КРР. Возраст умерших пациентов варьировал от 46 лет до 91 года (в среднем составил $75,2 \pm 7,62$ года). Умерших женского пола было 97 (52%), мужского – 90 (48%). Неотложные состояния, по поводу которых пациенты госпитализированы в различные общехирургические стационары г. Минска, были обусловлены осложнениями КРР – обтурационной толстокишечной непроходимостью, воспалением и перфорацией опухоли, толстокишечным кровотечением и др. При этом локализация опухолевого процесса была различной. У 107 пациентов (57,2%) при поступлении имели место признаки острой или хронической кишечной непроходимости. При этом в 41% наблюдений признаки непроходимости кишечника стали первым клиническим проявлением заболевания. Из всей анализируемой группы лиц, поступивших с осложнениями КРР, 71 умерший не был оперирован (38%). В эту группу вошли пациенты, у кото-рых

после проведения консервативных лечебных мероприятий разрешились признаки острой кишечной непроходимости, а также лица, госпитализированные в терминальной стадии заболевания и некурабельном (в отношении основной и сопутствующей патологии) состоянии. Наиболее частым вмешательством в условиях обтурационной толсто-кишечной непроходимости стала обструктивная резекция участка левого фланга толстой кишки с выведением проксимальной концевой колостомы (операция типа Гартмана) – 42 операции (35,8%). Достаточно часто хирурги вследствие ряда причин (тяжести кишечной непроходимости, суб- или де-компенсации функции ряда органов и систем, тяжести фоновой патологии и др.) выполняли операцию колостомии (23,1%). Ретроспективный анализ результатов аутопсий и первичной докумен-тации показал, что в условиях осложнённого колоректального рака большин-ство первичных вмешательств завершалось выведением проксимальной ки-шечной стомы (77%), и только в 22% наблюдений хирурги завершали вме-шательство наложением межкишечного анастомоза. В этом плане особый интерес представляют наблюдения, в которых во время первичного вмешательства по поводу стенозирующего КРР после удаления основного очага (или без него) был сформирован межкишечный анастомоз. Были выполнены следующие оперативные вмешательства: правосторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза «бок-в-бок» – 61,5%, резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза «конец-в-конец» – 15,3%, пе-редняя резекция прямой кишки с анастомозом «конец в конец» – 7,6%, лево-сторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза «конец-в-конец» – 3,9%, резекция участка тонкой кишки с наложением анастомоза «конец-в-конец» – 3,9%, илеотрансверзостомия «бок-в-бок» – 3,9%, формирование «обходного» илеоасцендоанастомоза – 3,9%. При этом наблюдалось наиболее частое ос-ложнение в виде несостоятельности швов анастомоза с развитием в после-дующем распространённого гнойного перитонита в 57,5%, также часто воз-никали острые язвы приводящего отрезка пищеварительного тракта (толстой и тонкой кишки) с кровотечением из них или перфорацией (15,2%). Выводы. В условиях самого частого хирургического осложнения колоректального рака – острой обтурационной толстокишечной непроходимости – в приводящих отделах пищеварительного тракта достаточно часто развиваются изменения (воспалительного и гемоциркуляторного характера), делающие

невозможной визуальную оценку границ допустимой резекции кишки с целью последующего восстановления непрерывности пищеварительного тракта и создающие дополнительный риск несостоятельности межкишечного соустья в условиях первичной операции.

224.К вопросу оптимизации лапароскопической герниопластики при паховых грыжах

Луцевич О.Э.

Москва

МГМСУ им.А.И.Евдокимова, ЦЭЛТ.

Проблема хирургического лечения грыж паховой локализации за последние 25 лет пережила глобальные потрясения, сравнимые с последними десятилетиями 19 века, когда Бассини и Жирар предложили свои методы герниопластики. Сегодня лапароскопическая методика коррекции паховых грыж является бесспорным фаворитом, занимая ведущее место в структуре операций при паховых грыжах (более 55%). В то же время ее широкое распространение ограничено необходимостью специальной подготовки врача и соответствующего дорогостоящего оборудования, а само вмешательство требует общего обезболивания. Однако эти недостатки полностью компенсируются преимуществами лапароскопических технологий: малая травматичность метода и, как следствие, возможность ранней активизации и реабилитации больных, низкое число интра- и послеоперационных осложнений, высокий косметический эффект, возможность осмотра брюшной полости, диагностики и одновременного лечения симультанной хирургической патологии (в первую очередь паховой грыжи контрлатеральной стороны). Но даже эта, на первый взгляд, идеальная методика имеет свои недостатки и осложнения раннего или позднего послеоперационного периода – болевой синдром и рецидив заболевания (от 0,2 до 1,5%). Данные осложнения связаны в наибольшей степени с качеством имплантируемого протеза (использование тяжелых сеток, недостаточный размер импланта) и способом его фиксации (применение металлических скобок). Дальнейшая разработка качественно новых

протезов и поиск безопасных способов фиксации импланта позволят уменьшить число нежелательных последствий лапароскопической герниопластики. С 2013 года при лечении грыж паховой локализации мы стали применять самофиксирующуюся монофиламентную полурассасывающуюся облегченную сетку (на основе полипропилена и полимолочной кислоты) Progrid Covidien. Операции было подвергнуто 367 больных с различными типами паховых (365) и бедренной (2) грыж. Подавляющее большинство (94%) составили мужчины в возрасте от 24 до 89 лет. Длительность грыженосительства составила от 4 месяцев до 14 лет, медиана 1,1 года. При проведении операции мы использовали стандартную технику трех портов (одного 10-мм для оптики и двух 5-мм троакаров для инструментов). Из технических особенностей имплантации сетки следует отметить: 1) индивидуальный раскрой сетки размером не менее 15x10 см; 2) цветовая разметка краев сетки, в зависимости от стороны расположения грыжи (используем спиртовой раствор бриллиантового зеленого); 3) доставка сетки в брюшную полость в сложенном состоянии через оптический порт; 4) при паховой грыже центр сетки устанавливается на середину грыжевых ворот; 5) достаточно низкая мобилизация париетальной брюшины – не менее 3,5-4 см от нижнего края грыжевого отверстия; 6) при расправлении сетки следует не допускать подворачивания ее нижнего края; 7) целостность париетальной брюшины восстанавливается ручным швом рассасывающейся нитью 3/0; 8) для профилактики болевого синдрома в первые часы после операции целесообразно орошение зоны операции раствором местного анестетика (маркаин, наропин); 9) при больших пахово-мошоночных грыжах с диаметром грыжевых ворот более 4,5-5 см целесообразно использование техники комбинированной ЛГП (мобилизация и удаление грыжевого мешка через кожный разрез 2-3 см в проекции наружного пахового кольца с последующим ушиванием его до 1-1,5 см). Результаты. Операционное время вмешательства, по сравнению с использованием обычных сеток и герниостеплера, увеличилось в среднем на 7,5 мин, и составило от 30 до 45 мин на одну сторону поражения. Отработка навыков укладки сетки и ручного шва брюшины позволяют сократить время этого этапа операции. Всем больным на операционном столе проводилась однократная профилактическая инъекция антибиотика, после операции – обезболивание НПВС по показаниям. Интенсивность послеоперационного болевого синдрома оценивали по 10-балльной шкале (10 баллов – максимальная боль), при этом

подавляющее большинство пациентов через 6 часов отмечали лишь незначительные болевые ощущения, в пределах 1-3 баллов. К концу первых суток большинство пациентов, даже с двусторонними грыжами, не испытывали болевых ощущений, активно не нуждались в стационарном лечении и самостоятельно покидали клинику. Продолжительность стационарного лечения составила от 1 до 2 дней, медиана 1,17 суток. Осложнений интраоперационного и раннего послеоперационного периода мы не отметили. У 1 больного с большой пахово-мошоночной грыжей через 1 месяц после операции отмечено формирование ложной кисты семенного канатика, что потребовало однократной пункции кисты. За все время наблюдения (min – 3 месяца, max – 5 лет) при использовании самофиксирующейся сетки не отмечено ни одного случая рецидива заболевания. Заключение. Использование облегченных протезов достаточного размера с принципиально новой системой фиксации позволяет существенно улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения грыж паховой локализации за счет снижения числа периоперационных осложнений, болевого синдрома и рецидивов.

225. Медиастинальный зоб: тактика и лечение

Александров Ю.К., Пампутис С.Н., Дякив А.Д.

Ярославль

Ярославский государственный медицинский университет

В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа пациентов с патологией ЩЖ атипичной локализации. Одним из наиболее сложных вариантов является медиастинальное расположение ЩЖ (МЗ). Наличие МЗ является абсолютным показанием к хирургическому лечению. Целью работы явился анализ результатов работы оперативного лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы, имеющей медиастинальное расположение. Материал и методы. Проведен анализ диагностики и оперативного лечения 64 пациентов с МЗ. Возраст больных - от 42 до 68 лет. Проводилась оценка методов дооперационной диагностики: УЗИ,

рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ). При выборе лечения оценивали реабилитационный риск. Выбор доступа и объем операции определяли индивидуально в зависимости от особенностей патологического процесса и общего состояния пациента. Предпочтение отдавалось менее травматичным методикам, при необходимости объем операции расширяли. У 54,7% больных были клинические проявления: видимое увеличение ЩЖ и нарастающие явления дисфагии, удушья и дисфонии. У 10,9% пациентов жалоб не было, но было видимое увеличение ЩЖ. У 18,8% пациентов было объемное образование в верхнем средостении при рентгеновском исследовании органов грудной клетки при отсутствии жалоб и увеличения ЩЖ. Методы диагностики дают различную информацию. УЗИ было информативным лишь у 70,3% пациентов. УЗИ занижало размеры и объем ЩЖ, не удавалось оценить состояние трахеи и пищевода, возникали сложности при оценке лимфатических узлов шеи. При РКТ и МРТ получили объективную оценку о размерах ЩЖ, ее локализации, соотношении с органами шеи и средостения. Отмечали места сужения и смещения трахеи и пищевода, что имело значение для планирования оперативного вмешательства и интубации. Все пациенты были оперированы в плановом порядке. Для обезболивания применялся комбинированный наркоз с искусственной вентиляцией лёгких. Оценивались вероятные сложности интубации. У 12 человек с выраженной девиацией и компрессией трахеи выполняли интубацию по гибкому бронхоскопу. Объем операции выбирали исходя из данных дооперационного обследования. Предпочтительным был шейный доступ над вырезкой грудины. У 16 пациентов операция технически выполнялась как при шейном расположении ЩЖ. У 46 больных использовалась методика «этапного лифта», при которой увеличенная ЩЖ «поднималась» из средостения за счет этапного прошивания. В 2 случаях при невозможности проведения ее «этапного лифта» доступ выполнялся с продольной верхней стернотомией. У 3 человек выполнена гемитиреоидэктомия, у 6 – резекция ЩЖ, у 55 – тиреоидэктомия. У 4 пациентов тиреоидэктомия была дополнена лимфодиссекцией. Истинные размеры ЩЖ были близки к данным РКТ и МРТ. С учетом обширности операции и появлением в верхнем средостении большой полости на месте удаленной ЩЖ зона операции дренировалась трубчатым дренажом с активной аспирацией. Послеоперационные осложнения были у 8 человек

(12,5%): у 1 пациентки - кровотечение из ложа ЩЖ через 6 часов после операции, была произведена лигирование сосуда. У 1 больной отмечалась трахеомалация, по поводу которой была выполнена фиксация трахеи. У 2 пациенток возникла гипокальциемия, которая была купирована назначением препаратов кальция и витамина Д. В 3 случаях диагностирован односторонний парез голосовых связок. У 1 пациентки на 2 сутки после операции началась обильная лимфоррея, было диагностировано повреждение грудного лимфатического протока, что явилось основанием для повторной операции – перевязки грудного лимфатического протока. Послеоперационной летальности не было. Таким образом, анализ результатов лечения пациентов с МЗ показал, что 1: показания к оперативному лечению зоба должны ставиться раньше, 2: в диагностике МЗ наибольшей информативностью обладают РКТ и МРТ, 3: при оперативном лечении МЗ в большинстве случаев ЩЖ удается удалить из шейного доступа.

226. Наши осложнения на пути освоения внутри толстокишечной хирургии

*Усольцев Д.М. (1) Глушенков В.А. (2)
Головки Е.Н. (1) Бабич Р.А. (1) Давидян А.А. (1)*

Ленинградская 2) Ростов-на-Дону

1) МЦ Гиппократ 2) РостГМУ

Мы проанализировали 3 больных с сопутствующей патологией стенки толстой кишки, у которых возникла перфорация. Приводим полный клинический пример лечения этих осложнений. В первом случае мы столкнулись с возникновением первичной перфорации дивертикула сигмы во время скрининговой колоноскопии у пациентки В. 74 года. Во время исследования пациентка отметила появление интенсивной боли в животе по всей поверхности, со временем появилась сухость во рту, тошноту, позывы на рвоту, частые позывы на акт дефекации. В связи с появлением данной клинической картины выполнено до обследование в виде обзорной рентгенограммы брюшной полости (сгущение сосудистого рисунка на базальных отделах за счет компрессии высоко стоящим куполом диафрагмы в связи с наличием

значительного количества воздуха в брюшной полости. Заключение: перфорация полого органа. Пневмоперитонеум). После подтверждения диагноза пациентка госпитализирована в клинику ФГБОУ «РостГМУ» где выполнена на первом этапе обструктивная резекция сигмовидной кишки. В удаленном препарате на месте перфорации гистологически верифицирована тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией 2-3 степени желез, выраженное хроническое воспаление стромы. На втором этапе через 3 месяца пациентке выполнено внутрибрюшное закрытие колостомы. Послеоперационные периоды протекали благополучно. Во втором случае пациентка Б 65 лет. обратилась направлена на исследование в связи с низким уровнем гемоглобина (73 мг/л), из анамнеза известно, что при ректо-сигмаскопии 10 летней давности у больной верифицирована ангио-венозная дистрофия в подслизистом слое толстой кишки, тем не менее, пациентке на этапе направления были исключен вариант В12 дефицитной анемии (в последующем выяснилось не правомочность этого заключения). Во время исследования на выходе в ректо-сигмоидном изгибе оператор определили дефект с проникновением в свободную брюшную полость. Пациента выведена из наркоза, экстренно выполнен Rg – брюшной полости, подтверждено наличие свободного газа в брюшной полости, экстренно с параллельной гемотрансфузией выполнена лапаротомия, ушивание перфорации и наложение десцендостомы. Последняя выполнена в виду высокой вероятности несостоятельности швов в условиях анемии. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, проведена коррекция лечения анемии. В течение 5 месяцев восстановлен Hb. Пациентка тщательно обследована и в плановом порядке выполнено оперативное лечение в объеме внутрибрюшинного закрытия колостомы. Послеоперационные периоды протекали благополучно. В третьем наблюдении пациента А. 58 лет страдающая ХБП 4-5ст с болью в животе на протяжении 2х недель обратилась к нам на диагностическую колоноскопию. Больной неделю назад в ХО БСМП была выполнена диагностическая лапароскопия, по результатам последней патологии со стороны органов брюшной полости выявлено не было. Результаты нашего исследования принесли отдаленный диагностический результат, когда пациентка находясь дома почувствовала ухудшение состояния и усиление боли в животе, в связи с чем повторно и обратилась в БСМП. На до госпитальном этапе выполнен Rg-брюшной полости по результатам которого установлен входящий

диагноз перфорация полого органа. Операционная находка была такова: перфорация тонкой кишки 0,3х0,3см на расстояние 20см от илеоцекального перехода, зона перфорации поражена спец процессом (туберкулез стало известно позже) поэтому иссечена и наложена илеостома. Больная выписана на 10 сутки, дальнейшая её судьба нам не известна.

227. Принципы инструментальной профилактики развития острого постманипуляционного панкреатита при выполнении эндоскопического гемостаза в зоне большого сосочка двенадцатиперстной кишки

*Быков М.И., Клименков В.В., Щава В.В.,
Гобаева С.Л.*

Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт –
Краевая клиническая больница №1
им. С.В. Очаповского» МЗКК

Актуальность: известно, что острый постманипуляционный панкреатит (ОПП) является наиболее часто встречающимся осложнением эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТВ). При этом одним из основных этиологических факторов его развития является повреждение устья или дистальной части протока поджелудочной железы (ППЖ) вследствие механических или термических воздействий на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК). В связи с этим необходимость выполнения инфильтрационного, термического или реже механического гемостаза при возникновении кровотечения из БСДК после выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) значительно повышает риск и тяжесть развития ОПП. Кроме этого возможно, что одним из этиологических факторов развития ОПП может являться обтурация устья ППЖ кровяным сгустком при отказе от выполнения окончательного гемостаза или возникновении рецидива кровотечения. Материалы и методы: с 2014 года в нашей клинике с целью снижения риска развития ОПП у 26 больных с возникшим интраоперационным кровотечением из зоны ЭПСТ БСДК применяется протокол инструментальной

профилактики, включающий в себя выполнение окончательного термического или механического гемостаза с предварительным или последующим стентированием ППЖ. При возникновении кровотечения после ЭПСТ вне зависимости от его интенсивности, в особенности при локализации источника в зоне устья ППЖ или проекции его хода, сразу предпринимались попытки катетеризации панкреатического протока с оставлением в нем атравматичной струны или одномоментной имплантацией стента и только после этого применялся один из методов окончательного эндоскопического гемостаза с удалением фиксированного сгустка. Сроки извлечения стента варьировались от 2 до 12 суток после вмешательства, что было связано с показателями системы гемостаза и прогнозом риска рецидива кровотечения. Результаты: при наличии технической возможности катетеризации ППЖ на фоне продолжающегося кровотечения или после выполнения временной подслизистой инфильтрации тканей отдавали предпочтение предварительному стентированию ППЖ - 17 наблюдений. Это затем позволяло выполнить во всех случаях окончательный эндоскопический гемостаз и избежать развития ОПП и рецидива кровотечения в послеоперационном периоде. При невозможности катетеризации ППЖ на фоне продолжающегося кровотечения (9 наблюдений) первоначально выполнялся эндогемостаз, а затем осуществлялись попытки протезирования панкреатического протока, однако успеха удалось добиться только в 5 случаях. В этой группе у 3 больных развился ОПП легкой степени, в одном случае тяжелой степени, при этом в двух наблюдениях с рецидивом кровотечения и необходимостью повторного гемостаза. В одном наблюдении у пациентки с развившейся молниеносной формой ОПП и кровотечением из БСДК в послеоперационном периоде несмотря на успешно выполненный через 12 часов после вмешательства эндоскопический гемостаз и лечебное стентирование ППЖ, наступил летальный исход на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности. Обсуждение и выводы: полученные результаты были сравнены с данными частоты и тяжести развития описываемых осложнений в группе больных без применения методики стентирования ППЖ. Анализ показал, что стентирование ППЖ при выполнении эндоскопического гемостаза, даже при малоинтенсивном кровотечении из зоны ЭПСТ БСДК, сопровождается статистически значимым снижением риска развития ОПП и частоты рецидива кровотечения в послеоперационном периоде.

Сложность визуализации устья ППЖ при продолжающемся активном кровотечении, формировании сгустка или после проведения инфильтрационного гемостаза диктуют необходимость ранней катетеризации панкреатического протока даже при малоинтенсивной кровоточивости из сосуда, находящегося в зоне проекции хода протока. Несмотря на то, что первые результаты показали высокую эффективность стентирования ППЖ в комплексе профилактики развития ОПП, многие тактические и технические аспекты выполнения данного вмешательства требуют проведения дальнейших исследований.

228. Прогнозирование качества тотальной мезоректумэктомии на дооперационном этапе: как это делать и для чего?

*Хубезов Д.А. (1,2), Пучков Д.К. (1,2),
Огорельцев А.Ю. (1,2), Игнатов И.С. (1,2),
Родимов С.В. (1,2), Луканин Р.В. (2), Кротков А.Р. (1)*

Рязань

1. Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
2. Рязанская Областная клиническая больница

Актуальность. В настоящее время методика тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ), предложенная в 80х годах XX века профессором R.J. Heald, является «золотым стандартом» хирургического лечения рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки. Данная техника, основанная на выделении прямой кишки в эмбриональном слое между мезоректальной фасцией и париетальной фасцией таза, позволила снизить частоту местных рецидивов с 28% до 3%. В 2003 году P. Quirke в своем исследовании показал, что чем лучше качество макропрепарата (на основании определенных объективных признаков), тем меньше частота местных рецидивов и лучше общая выживаемость. Однако у определенной группы пациентов получение макропрепарата удовлетворительного качества технически затруднительно в связи с наличием ряда неблагоприятных факторов: мужской пол, «узкий» таз, низкое расположение опухоли, расположение

опухоли на передней стенке прямой кишки, неоадьювантная химиолучевая терапия, операции на органах брюшной полости в анамнезе, большие размеры опухоли, доступ, опыт хирурга. Некоторые авторы сообщают, что устранить технические трудности, возникающие в данных неблагоприятных условиях, способен трансанальный доступ. Однако на настоящий момент факторы риска некачественной ТМЭ до сих пор не систематизированы, а показания для трансанальной ТМЭ (ТАТМЭ) не определены. Цель. Определить предикторы неудовлетворительного качества ТМЭ и разработать шкалу прогнозирования качества резецируемого макропрепарата, которая позволила бы выделять на дооперационном этапе группы высокого и низкого риска некачественной ТМЭ. Материалы и методы. На базе отделения колопроктологии ГБУ РО «ОКБ» было проведено ретроспективное нерандомизированное исследование, включившее 80 пациентов, которым была выполнена тотальная мезоректумэктомия традиционным или лапароскопическим доступом. Оценивалось влияние на качество ТМЭ следующих факторов: пол, размеры малого таза, индекс массы тела, площадь висцерального жира, неоадьювантная химиолучевая терапия, стадия опухолевого процесса по TNM (критерий T), высота расположения опухоли, размер опухоли, наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости, локализация опухоли относительно стенок прямой кишки, доступ. Результаты. Неудовлетворительное качество макропрепарата (Incomplete и Near complete по P. Quirke) было отмечено у 29 пациентов (36,25%). Результаты унивариантного и мультивариантного анализа показали, что мужской пол, «узкий» таз, висцеральное ожирение, высота опухоли менее 5 см от зубчатой линии и расположение опухоли на передней стенке прямой кишки являются независимыми факторами риска некачественной ТМЭ ($p < 0,05$). С помощью логистической регрессии каждому независимому фактору был присвоен балльный эквивалент в зависимости от степени влияния на качество макропрепарата: «узкий» таз – 2 балла, мужской пол – 1 балл, висцеральное ожирение – 1 балл, высота опухоли менее 5 см от зубчатой линии – 1 балл, расположение опухоли на передней стенке прямой кишки – 1 балл. Пациенты, набравшие от суммы 0 до 2 баллов относились к группе низкого риска, от 3 до 5 баллов – группу высокого риска. У 57 пациентов группы низкого риска (0-2 балла) некачественная ТМЭ была отмечена в 7 случаях (12%), а у 23 пациентов группы высокого риска (3-5 баллов) – в 22 случаях (96%) ($p < 0,01$). Заключение. Разработанная прогностическая модель позволяет

на дооперационном этапе выявлять пациентов группы высокого риска получения некачественного макропрепарата. Рекомендации. Пациентам группы высокого риска некачественной ТМЭ следует выполнять трансанальную тотальную мезоректумэктомию, которая позволяет преодолеть технические трудности, связанные с висцеральным ожирением, узким «андроидным» тазом, низким расположением опухоли.

229. Изучение эффективности новой шкалы тяжести острого панкреатита

*Литвин А.А., Сычев С.И., Прокопцов А.С.,
Романова Е.М.*

Калининград

Балтийский федеральный университет им. И. Канта

Введение. Существующие шкалы определения тяжести острого панкреатита (ОП) не полностью удовлетворяют требованиям практической медицины. Это связано с ограниченностью диагностических возможностей некоторых хирургических стационаров, появлением новых критериев тяжести ОП, которые не учтены в существующих шкалах. Цель исследования. Изучить эффективность новой шкалы, основанной на исходах острого панкреатита (PROMS - Patient Reported Outcome Measures), в определении степени тяжести ОП. Материалы и методы. Работа проводится в рамках международного исследования (<http://www.promisepancreatitis.com>) под эгидой Международной ассоциации панкреатологов (IAP). Ключевой особенностью данного исследования является то, что данные о течении заболевания поступают непосредственно от пациента без интерпретации врачом-хирургом. Изучалось субъективное ощущение тяжести болезни, насколько жалобы больного коррелируют со степенью тяжести острого панкреатита и его исходами. В исследовании проверяются две гипотезы: шкала PROMS может использоваться для определения тяжести ОП; увеличение баллов по шкале PROMS связано с ухудшением последующего качества жизни. Дизайн: перспективное международное многоцентровое когортное исследование. Шкала PROMS включает достаточно

простые критерии: 1) боли в животе; 2) вздутие живота; 3) отсутствие аппетита, чувство переполнения желудка; 4) запоры, неотхождение газов; 5) тошнота и/или рвота; 6) жажда; 7) общая слабость. Результаты. В исследование включено 32 пациента с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести (согласно пересмотренной классификация ОП (Атланта) – 2012), которые госпитализированы в экстренные хирургические стационары г. Калининграда. Период - сентябрь-декабрь 2017 года. Мужчины – 22, женщины – 10. Средний возраст - 43,6 года. Предварительные результаты наших исследований (общее международное исследование будет проводиться до 1 июня 2018 года, в последующем можно будет воспользоваться результатами международной базы данных) показали, что шкала PROMS является достаточно эффективной для определения тяжести острого панкреатита. Вес каждого отдельного показателя изучаемой шкалы нуждается в уточнении. Шкала может явиться хорошим дополнением к стандартным методам исследования у пациентов с острым панкреатитом. Выводы. Шкала PROMS, составленная на основании жалоб пациентов с острым панкреатитом, может использоваться в качестве количественного показателя в оценке тяжести ОП и эффективности его лечения.

230. Диагностические и лечебные возможности видеолапароскопии при перфоративных гастродуоденальных язвах

*Самсонов В.Т., Ермолов А.С., Ярцев П.А., Гуляев А.А.,
Левитский В.Д., Кирсанов И.И.*

Москва

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность: Не инвазивные инструментальные методы исследования не всегда способствуют установке диагноза перфорации гастродуоденальной язвы. В этих случаях значительную роль для постановки правильного диагноза и определения лечебной тактики оказывает видеолапароскопия (ВЛС). Цель работы: Улучшение результатов диагностики и лечения больных с перфоративной гастродуоденальной

язвой с использованием ВЛС. Материалы и методы: Проведен анализ историй болезни 319 пациентов за 2010-2017 гг., которым на завершающем этапе обследования с лечебной и диагностической целью была использована ВЛС. Результаты: В зависимости от предоперационного диагноза и цели, с которой использовалась ВЛС, больные распределены в 3 группы: 1 группа была представлена 106 пациентами (33,2%) с клинико-инструментальным диагнозом перфоративной гастродуоденальной язвы, которым предполагалось ВЛС ушивание перфорации; 2 группа состояла из 202 больных (63,3%) с подозрением на перфоративную гастродуоденальную язву, которым ВЛС предполагалась с диагностической целью; 3 группа включала 11 пациентов (3,5%) с клиническим диагнозом острых заболеваний органов брюшной полости и подозрением на них, которым ВЛС планировалась с лечебной и диагностической целью. Операцией выбора при перфоративной язве считали ушивание перфоративного отверстия. При ВЛС у 89 больных (84,0%) 1 группы был подтвержден диагноз перфоративной гастродуоденальной язвы. У 69 из них (77,5%) определена возможность и выполнено ВЛС ушивание перфоративной язвы. У 20 пациентов (22,5%) определены показания и выполнено ушивание через лапаротомный доступ. У 6 больным (5,7%) из числа пациентов с сохраняющимся при ВЛС подозрением на перфоративную язву, диагноз был подтвержден при лапаротомии. У 5 больных (4,7%) выявлены другие заболевания, по поводу которых выполнены соответствующие операции, а у 6 (5,7%) - заболевания и функциональные нарушения операции не требовали. При ВЛС у 109 больных (54,0%) 2 группы установлен диагноз перфоративной гастродуоденальной язвы. 91 из них (83,5%) определены возможности и выполнено ВЛС ушивание перфоративной язвы. 18 пациентам (16,5%) определены показания и выполнено ушивание через лапаротомный доступ. У 16 больных, из числа пациентов с сохраняющимся при ВЛС подозрением на перфоративную язву, при лапаротомии диагноз был подтвержден. У 53 пациентов (26,2%) выявлены другие заболевания, по поводу которых выполнены соответствующие операции, а у 22 (10,9%) - заболевания и функциональные нарушения операции не требовали. При ВЛС у всех 11 больных 3 группы была обнаружена не предполагавшаяся до этого перфоративная гастродуоденальная язва. У 7 пациентов (63,6%) определены возможности и выполнено ВЛС ушивание перфоративной язвы. 4 больным (36,4%) определены показания и выполнено ушивание через лапаротомный доступ.

Заключение: Таким образом, ВЛС позволила установить диагноз перфоративной язвы у 90,5% больных, а у 79,9% - выполнить ушивание перфоративной язвы.

231.Миниинвазивные методики разрешения кишечной непроходимости при раке ободочной кишки

*Цулеискири Б.Т., Ярцев П.А., Селина И.Е.,
Кирсанов И.И, Левитский В.Д.*

Москва

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Введение. Рак ободочной кишки в структуре заболеваемости и смертности вместе с раком прямой кишки занимает 3 - 4 место. России заболеваемость у лиц обоих полов составляет 20 случаев на 100 000 населения, смертность - 13 на 100 000 населения и эта нозология за последние 20 лет в структуре онкологической заболеваемости населения переместилась с шестого на третье место, после рака лёгкого (26,5%) и желудка (14,2%). При этом рак ободочной кишки является основной причиной развития obturационной кишечной непроходимости, частота непроходимости составляет 75-80% случаев. Послеоперационные осложнения развиваются в (40-80%) случаев, а летальность (23-52%). В условиях кишечной непроходимости выполнение радикальных операций с формированием первичного кишечного анастомоза опасно, а колостома ухудшает качество жизни. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни больных раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью, путем заведения щинирующего устройства с рентгенконтрастной трубкой и стентирования ободочной кишки проксимальнее опухолевого стеноза с использованием эндохирургических технологий. Материалы и методы: С 2010 по 2018 годы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находилось 247 пациентов с острой obturационной опухолевой кишечной непроходимостью. Из них мужчин было 134 (54,3%), а женщин 113 (45,7%) соответственно. Средний возраст составил 69±3,4 лет. У 52 (21%) пациентов была применена двухэтапная методика.

На первом этапе выполнялось дренирование ободочной кишки проксимальнее опухолевого стеноза, после чего вторым этапом выполнялась видеолапароскопическая резекция участка кишечника. В трех случаях на первом этапе было выполнено стентирование опухолевого стеноза саморасправляющимся стентом. У всех больных локализация проксимального конца трубки была подтверждена введением контрастного вещества с рентгенологическим контролем. Во время эндоскопической реканализации опухолевой стриктуры было одно осложнение (2,04%) – супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения. Больная оперирована - выполнена лапаротомия, операция типа Гартмана с выведением колостомы. Была неудачная попытка использования двухэтапной методики у 21 пациента, причиной которой была полная obturация опухолью просвета кишки, что явилось показанием к экстренному оперативному лечению. Методика стентирования была успешно выполнено у 3-х пациентов. Лапароскопическую резекцию ободочной кишки выполняли после разрешения obturационной кишечной непроходимости через 6-8 суток. Резекция сигмовидной кишки у 28 больных (53,9%), левосторонняя гемиколэктомия у 9 пациентов (17,3%), правосторонняя гемиколэктомия у 13 больных (25%), резекция поперечно-ободочной кишки у 2 пациентов (3,8%). Анастомоз выполняли сшивающими аппаратами у 37 больных (71,2%), ручной шов – 15 пациентов (28,8%). Послеоперационные осложнения были у 7 пациентов (13,4%): несостоятельность межкишечного анастомоза - 2 (3,8%), тромбоэмболия легочной артерии - 2 (3,8%), нагноение послеоперационной раны – 5 (9,6%). Летальных исходов не было. Таким образом, двухэтапная методика лечения больных с осложненным раком ободочной кишки и методика эндоскопического стентирования позволила ряду пациентов выполнить миниинвазивную операцию с формированием первичного межкишечного анастомоза за период единственной госпитализации.

232. Причины развития гиперперфузионного синдрома после каротидной эндартерэктомии

*Артемова А. С., Иванов М. А., Урюпина А. А.,
Горова А. Д.*

Санкт-Петербург

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

К негативным последствиям каротидной эндартерэктомии (СЕА) относится гиперперфузионный синдром (ГС), исходы которого характеризуются элементами непредсказуемости. Целью настоящего исследования явилось выявление обстоятельств, влияющих на развитие ГС, а также изучение его последствий. Материалы и методы: В основу работы легли наблюдения за 83 пациентами которым выполнялась СЕА, среди которых у 23 пациентов было бессимптомное течение каротидного стеноза (КС), у 60 пациентов наблюдалась неврологическая симптоматика. Основную группу составили 20 пациентов с ГС после СЕА, контрольная группа представлена 63 больными, у которых не регистрировались проявления ГС. Анализировались выраженность метаболических нарушений у оперированных больных, изменение когнитивных функций по шкале MoCA, особенности периоперационного периода, отклонения артериального давления, особенности коморбидных состояний и последствия оперативного вмешательства. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10». Различия принимались достоверными при $p < 0,05$. Результаты: У больных с ГС в анамнезе чаще выявлялись транзиторные ишемические атаки (ТИА) по сравнению с пациентами из контрольной группы (6 v/s 2, $p < 0,05$). Анализ метаболических нарушений продемонстрировал, что у лиц с ГС отмечены более высокие значения как общего холестерина, так и ЛПНП в сравнении с контролем ($7,0 \pm 1,2$; $3,6 \pm 0,6$ v/s $4,9 \pm 1,2$; $2,9 \pm 0,7$ ммоль/л соответственно; $p < 0,05$). Помимо дислипидемии в группе больных с ГС регистрировались признаки более выраженных углеводных нарушений по сравнению с контрольной группой (уровень глюкозы в крови составил $7,0 \pm 1,5$ v/s $5,6 \pm 0,6$ соответственно, $p < 0,05$). Степень выраженности КС с контрлатеральной стороны у больных с ГС превосходила аналогичную величину в контроле ($87 \pm 5,9\%$ v/s $69,5 \pm 16,8\%$

соответственно, $p < 0,05$). Гемодинамически значимое поражение позвоночных и подключичных артерий также чаще встречались среди пациентов с ГС при сопоставлении с больными без этого осложнения (5 и 19 v/s 1 и 13, соответственно, $p < 0,05$). Выводы: Коррекция метаболических нарушений и контроль за периоперационной гемодинамикой лежат в основе профилактики ГС и иных неблагоприятных последствий СЕА.

233. Итоги эндоваскулярных и открытых методов реваскуляризации у пациентов с периферической артериальной болезнью на фоне сахарного диабета

Артемова А. С., Иванов М. А., Пуздряк П. Д.

Санкт-Петербург

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

Выбор метода реваскуляризации у пациентов с периферической артериальной болезнью (PAD) на фоне сахарного диабета 2-го типа (СД-2) остается дискуссионным. Целью настоящего исследования явилась оценка результатов оперативных 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). Оценивалось наличие коморбидной патологии, длительность госпитализации, продолжительность оперативного вмешательства, парциальное давление кислорода в тканях до и после операции, наличие осложнений, летальность в 30-ти дневный срок после операции. Технический успех был определен как остаточный стеноз менее 30%, а также отсутствие осложнений, таких как дистальная эмболия или тромбоз на месте оперативного вмешательства. Гемодинамический успех определялся увеличением ЛПИ $\geq 0,10$. Критериями благополучного клинического исхода

оперативного вмешательства считали: уменьшение/исчезновение болей, наличие положительной динамики ликвидации трофических нарушений, увеличение дистанции ходьбы. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10», различие считалось достоверным при $p < 0,05$. Результаты: Среди пациентов основной группы 31 пациенту была выполнена баллонная ангиопластика, 21 - баллонная ангиопластика со стентированием. Среди пациентов контрольной группы бедренно-подколенное шунтирование было выполнено 10 пациентам, бедренно-тибиальное - 5 больным. У 7 пациентов была использована аутовена, в 8 случаях использовался синтетический протез. Технический успех был достигнут в 100% случаев. Эндоваскулярным операциям (ЭВ) подвергались лица с вариантами поражения А/В и С по рекомендациям TASC II. Предпочтительным считали выполнение ЭВ у лиц с тяжелым течением сопутствующих заболеваний. Продолжительность госпитализации в контрольной группе были в 1,5 раза больше, чем в основной ($p < 0,05$). Эндоваскулярные вмешательства характеризовались лучшей динамикой трофических изменений (улучшение отметили 100% больных), по сравнению с открытыми методами (отмечена в 68,9% случаев, $p < 0,05$). Изучение оксигенации тканей на уровне стопы через 5 - 7 дней после проведения оперативного вмешательства также показало лучшую динамику после эндоваскулярных методов коррекции ($p < 0,05$). Общее число т. н. «больших» осложнений (тромбоз, кровотечения, инфекционные осложнения) в группе открытых операций было достоверно больше (4 v/s 2; $p < 0,05$). Частота больших осложнений в анализируемых группах ассоциировалась с продолжительностью оперативных воздействий (82 ± 46 мин v/s 216 ± 108 мин) в группах ЭВ и ОО, соответственно ($p < 0,05$). Выводы: итоги эндоваскулярных методов коррекции у больных с СД-2 в ранние сроки выглядят предпочтительнее итогов традиционных вмешательств.

234.У истоков Самарского хирургического общества врачей

*Белоконов В.И., Пушкин С.Ю., Вавилов А.В.,
Мелентьева О.Н., Грачев Б.Д.*

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет»

Самарское хирургическое общество является наследником Самарского общества врачей. Исторические документы свидетельствуют о том, что оно было организовано 1 октября 1882 года, когда состоялось первое заседание лиц, изъявивших желание в нем участвовать. На это заседание собралось 29 человек, они выслушали Устав общества (1), утвержденный Г. Министром Внутренних дел, и приступили к выбору должностных лиц. Нами были изучены материалы Годичных заседаний общества врачей Самарской губернии за 1882-83, 1884 и 1886 годы (2–4), Устав общества врачей Самарской губернии, который был принят в 1882 году. Первым председателем общества врачей был избран Антон Федорович Кулеша – главный врач Самарской Губернской больницы. На заседаниях Самарского общества врачей наряду с вопросами распространения в Самаре кожных и терапевтических заболеваний были сделаны первые доклады по хирургическому лечению опухоли нижней челюсти, злокачественной опухоли предплечья, о лечении чахотки вдыханием паров эфира с одновременным кумысным лечением, о лечении бешенства по способу Пастера. 28 октября 1884 году действительным членом общества И.И. Гауэнштейномъ был сделан доклад «О народныхъ (эпидемическихъ) болезняхъ», в котором были рассмотрены вопросы эпидемиологии чумы, перемежающейся лихорадки, холеры, тифа, малярии и последствий войны, которые, по определению Н.И. Пирогова, являются травматической эпидемией. Анализ исторических источников показал, что проблемы эпидемиологии инфекционных заболеваний в конце 19 века в полной мере созвучны с таковыми в настоящее время, хотя они и решаются на новом уровне. Это в полной мере подтверждает постулат, сформулированный Нильсом Бором: «Проблема - важнее решения, решения устаревают, а проблемы остаются». Точная дата образования Куйбышевского (Самарского) хирургического общества пока не установлена. В то же время

доподлинно известно, что его образование связано с двумя известными хирургами нашей страны: заслуженным деятелем науки РФ, профессором С.П. Шиловцевым и заслуженным деятелем науки, профессором А.М. Аминовым. Первым председателем уже хирургического общества стал С.П. Шиловцев, который руководил им до 1963 года. Именно по его предложению обществу было присвоено имя В.И. Разумовского, учеником которого он являлся. С 1963 по 1984 годы общество возглавлял заслуженный деятель науки РФ, профессор А.М. Аминев, с 1984 по 2001 год – заслуженный деятель науки РФ, профессор Г.Л. Ратнер. С 2001 по 2017 годы обществом руководил заслуженный деятель науки РФ, профессор Б.Н. Жуков. В 2016 году Самарское общество хирургов им. В.И. Разумовского было реорганизовано и стало Самарским отделением Российского общества хирургов (РОХ), которое в 2017 году возглавил профессор Е.А. Корымасов, а заслуженный деятель науки РФ, профессор Б.Н. Жуков стал его почетным председателем. Секретарями общества были с 1963 по 1988 год Е.Д. Козлов, с 1963 по 2001 - кандидат медицинских наук М.Г. Шебуев – человек широчайшего кругозора и таланта, внесший огромный вклад в организацию и развитие хирургического общества. Именно благодаря в том числе и ему регулярно стали проводиться межобластные заседания хирургических обществ Куйбышевской, Пензенской и Ульяновской областей, которые продолжаются и по сей день. Секретарями хирургического общества были кандидат медицинских наук С.Д. Крюков и кандидат медицинских наук Е.А. Корымасов. С 1988 года по настоящее время эти обязанности выполняет кандидат медицинских наук, доцент Б.Д. Грачев, а с 2001 года - кандидат медицинских наук, доцент С.А. Быстров. Хотя истоки Самарского хирургического общества относятся к концу XIX века, заложенные нашими предшественниками традиции бережно хранятся, и можно надеяться, что они сохранятся и в будущем, ведь в апреле 2018 года это будет уже 943 заседание хирургического общества врачей.

235. Опыт применения новых комбинированных протезов для эндовидеохирургической паховой герниопластики.

Чистяков Д.Б.(1,2), Мовчан К.Н.(2), Яценко А.С.(1)

Санкт-Петербург

1. СПбГБУЗ" Городская клиническая больница №31"2. ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ

Представлен первый опыт применения новых комбинированных протезов при лапароскопической герниопластике паховых грыж, методом TAPP. На основе результатов проведенного экспериментального исследования разработаны два комбинированных протеза, сочетающего в себе положительные свойства поливинилиденфторида (ПВДФ) и полипропилена (ПП). Верхняя часть протезов, изготовлена из ПП, которая вызывает выраженную соединительнотканную реакцию что, создает условия для хорошей фиксации к мышечно-апоневротическому слою брюшной стенки. Нижняя часть протеза состоит из ПВДФ. Соприкосновение инородной ткани из ПВДФ с элементами семенного канатика, сопровождается меньшей воспалительной реакцией на нити из ПВДФ и, соответственно, - минимальным развитием спаечного процесса в паховой зоне. Плоский комбинированный протез. Преимущества: -- благодаря четкой визуализации линии разграничения двух материалов (ПП и ПВДФ), становится очевидным для хирурга установка протеза в подготовленное ложе и места его фиксации, так что бы часть имплантата выполненная из ПП находилась выше пупартовой связки. - отсутствие шва соединяющего два материала (ПП и ПВДФ), создает отсутствие выраженного рубца в зоне перехода от одного материала к другому, так как соединение происходит путем вплетения волокон одного материала в другой. - положение протеза обуславливает наложение его части из ПВДФ на элементы семенного канатика или круглой связки матки, как видно из проведенного эксперимента, воспалительная реакция на ПВДФ значительно менее выражена, что в свою очередь не должно вызывать мощных рубцовых сращений и как следствие выраженных воспалительных изменений в зоне укрытия этих анатомических образований, что особенно важно у мужчин фертильного возраста. - верхняя часть из ПП

обеспечивает достаточную жесткость для поддержания формы и простоты установки в подготовленное ложе, сохраняя при этом эластичность, прочность и лучшую адгезию и тканевую интеграцию к тканям передней брюшной стенки по сравнению с ПВДФ. - мягкость нижней части протеза из ПВДФ (по сравнению с ПП) позволяет максимально повторить анатомические формы структур паховой зоны. Объемный комбинированный протез обладает всеми выше перечисленными новыми преимуществами и имеет собственные: - повторение объемным протезом анатомических изгибов в паховых зонах создает условия удобного его расположения и снижения вероятности смещения, при которых фиксации имплантата или не требуется (при малом размере грыжевых ворот) или редкое ее применение значительно уменьшает травматизацию тканей и как следствие снижает интенсивность болевых ощущений у больного в послеоперационном периоде. Апробация протезов выполнена в 10 клинических наблюдениях (5 плоских, 5 объемных) у мужчин репродуктивного возраста. Негативных последствий не отмечалось. На новые протезы получены приоритетные справки на изобретение. Первые полученные результаты обнадеживают и нуждаются в дальнейшем изучении.

236. Эффективная альтернатива оперативной санации свернувшегося гемоторакса

*Зайцев Д.А. (1,2), Мовчан К.Н.(1),
Лишенко В.В. (2), Слободкина А.С. (1),
Гедгафов Р.М. (1).*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ;
- 2) ФГБУ ВЦЭРМ МЧС России

Свернувшийся гемоторакс является нередким осложнением закрытой травмы груди. В большинстве случаев при появлении признаков инфицирования осуществляется санация плевральной полости посредством отсроченной видеоторакоскопии или торакотомии. Однако, выполнение последних сопряжено с отдельной интубацией главных бронхов и наркозом, что зачастую может быть не выполнимо или крайне

нежелательно для выполнения у пострадавших имеющих тяжелую сопутствующую патологию, по причине усугубления тяжести состояния. Альтернативой хирургической санации плевральной полости при верификации свернувшегося гемоторакса может служить применение протеолитических ферментов, в частности – террилитина, разработанного в начале 70-х годов в Ленинградском НИИ антибиотиков и ферментов, который прошел успешную апробацию в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова под руководством Г.С. Чепчука и эффективно применяющийся в наши дни. В основу работы положены результаты обследования и лечения в 2009 - 2015 гг. 57 пострадавших со свернувшимся гемотораксом, при закрытой травме груди во Всероссийском центре экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России и городской Александровской больнице г. Санкт-Петербурга. Основную долю пострадавших составили пациенты, госпитализированные в течение первых 20 суток от момента травмы в – 75,5 % наблюдений. В сроки от одного до трех месяцев после травмы поступили 14 (24,5%) пострадавших. В виде имеющейся сопутствующей патологии установлены и доминировали болезни сердечно-сосудистой системы - 32% и болезни органов дыхания (ХОБЛ разной степени тяжести) – 23%. Сопутствующая патология являлась одним из определяющих критериев для применения протеолитических ферментов, нежели оперативной санации. В 11% наблюдений (у лиц молодого возраста) сопутствующих заболеваний не констатировано. Видеоторакоскопия под наркозом и торакотомия выполнялись пострадавшим возраст которых не превышал 50 лет (19% и 5%, соответственно), от общего числа выполнения этих операций. Применение террилитина для ликвидации свернувшегося гемоторакса у более старших возрастных групп выполнено в 63% случаях. При проведении протеолитической терапии для санации плевральной полости, требовалось от 4 до 7 кратных введений раствора террилитина при объеме свертка до 500 мл. Применяя протеолитические ферменты в течение 1-7 суток, полностью удалить свертки крови из плевральной полости удалось у 36 (95%) пострадавших без видеоторакоскопической санации под наркозом с искусственной вентиляцией легких или посредством торакотомии. В 2 (5%) случаях, санация террилитинном не позволила полностью ликвидировать свертки, в связи с чем, выполнялись отсроченные торакотомии (1 случай) и видеоторакоскопия под наркозом - 1 наблюдение. При анализе результатов обследования и лечения

пострадавших с травмой груди установлено, что протеолитическая терапия посредством внутривидеоторакоскопического введения террилитина является малоинвазивной, безопасной, и наименее сложной в исполнении, для осуществления которой нет необходимости в наркозе с отдельной интубацией главных бронхов и наблюдение в послеоперационном периоде в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Применение протеолитических ферментов – террилитина, оказывается эффективным в 95% случаях и может рассматриваться как альтернатива операционной санации плевральной полости у пострадавших с травмой груди, преимущественно у пациентов старших возрастных групп, вследствие высокой степени риска возможной декомпенсации сопутствующей патологии и развития интра- и послеоперационных осложнений.

237. Новый способ хирургического лечения остеомиелита шейки бедра и гнойного коксита из переднего доступа

*Бенсман В.М.(1), Савченко Ю.П.(1),
Васильченко П.П.(2), Шевченко А.В.(2).*

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет» МЗ России (1),
ГБУЗ «НИИ - Краснодарская краевая клиническая
больница № 1» (2).

Актуальность. Передние доступы к тазобедренному суставу самые короткие и нетравматичные. Их недостатком является большая глубина, что связано с рассечением кожи и мышц в одной плоскости (В.К. Красовитов, 1956). Известно, что мышечная тампонада после некрсеквестрэктомии остеомиелитической полости обеспечивает наилучший результат. Однако, в литературе сведений о мышечной пластике полостей в костях тазобедренного сустава найти не удалось. Целью явилась разработка просторного переднего доступа, не препятствующего миопластике структур тазобедренного сустава. Материал и методы. Клинический материал представлен 11 больными, в возрасте от 17 до 52 лет, из которых у 8 пациентов диагностирован хронический остеомиелит шейки

бедр. Туберкулёзный остит, остеоид-остеома и гнойный остеоартрит с секвестрацией головки бедра распределились между остальными тремя больными. В 6 случаях остеомиелит привёл к анкилозу сустава. Больные (9 мужчин и 2 женщины) ранее перенесли безуспешные операции. Разработанную нами операцию выполняют под спинномозговой анестезией (8) или под эндотрахеальным наркозом (3). Вначале использовали «Т»-образный, затем перешли на равномерно овальный, выпуклый спереди разрез. Его начинают под передневерхней остью крыла подвздошной кости, продолжают в проекции головки спереди и книзу, до пульсации бедренной артерии, а затем полого поворачивают кзади до подвздошной области. Расстояние от начала разреза до его конца составляет 18-22 см. Отворачивая кожно-фасциальный лоскут, обнажают мышцы, прикрывающие сустав спереди. Портняжную мышцу отсекают от передневерхней ости, а прямую головку четырёхглавой мышцы – от передненижней ости подвздошной кости. Капсулу сустава рассекают вдоль шейки. При хроническом остеомиелите рубцово перерождённую капсулу отделяют распатором от шейки бедра. Для расширения доступа, рассекают ступенеобразно пояснично-подвздошное сухожилие, защищая бедренную артерию крючком Ревердена. Далее шейку трепанируют и производят секвестрнекрэктомию. В обработанную костную полость без натяжения и перегибов погружают мобилизованные участки портняжной и четырёхглавой мышцы бедра. Сухожилие пояснично-подвздошной мышцы сшивают по Байеру. Швы на рану кожи и фасции с оставлением неприсасывающегося дренажа. Результаты и обсуждение. Предложенный передний доступ приближает операционное поле, увеличивает его площадь до 300 кв. см. и создаёт возможность манипулировать под углом, близким к прямому, что способствует санации и дренированию сустава. Доступ, меняя места прикрепления мышц без их пересечения, делает возможной миопластику структур тазобедренного сустава. Исходы лечения оценены положительно. Овальные операционные раны зажили первичным натяжением. Из 5 больных с «Т»-образным доступом, в 2-х случаях возник краевой некроз, который один раз стал причиной нагноения. Ещё у двух больных частично омертвела портняжная мышца. Причиной мионекроза в одном случае была аваскулярная ишемия, а в другом – перегиб мышцы через нижний край трепанационного отверстия шейки бедра. Поэтому мы стремились переднюю трепанационную рану шейки смешать книзу. Среднее время лечения в

стационаре составило 23 дня. Изучение отдалённых результатов в сроки от 2-х до 14 лет показало отсутствие рецидивов у 10 больных. У одного пациента непродолжительное время имелся гнойный свищ, уступивший консервативному лечению. Все больные вернулись к посильному труду и привычному образу жизни. Выводы. Разработан новый способ хирургического лечения хронического остеомиелита шейки бедра и гнойного коксита из переднего доступа, позволяющий выполнять миопластику и создающий простор операционного воздействия под углом, близким к 90 градусам. Предлагаемое оперативное вмешательство анатомично, нетравматично, оно легко может быть освоено квалифицированными хирургами и травматологами. Операция заслуживает внедрения в практику, хотя и нуждается в углублённом изучении васкуляризации портняжной мышцы.

238. Малоинвазивные технологии при лечении фиброно-кистозной болезни молочных желез - перспективы применения

Долгих Р.Н., Шабаетов Р.М., Староконов П.М., Галик Н.И.

Москва

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

Актуальность. К предопухольным заболеваниям молочных желез (МЖ) относятся различные варианты дисплазии - фиброно-кистозная болезнь (ФКБ), более известная как фиброно-кистозная мастопатия. По определению ВОЗ ФКБ представляет собой «комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей МЖ с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием изменений фиброно, кистозного, пролиферативного характера, которые часто, но не обязательно, сосуществуют». До недавнего времени основным методом лечения ФКБ являлся хирургический – секторальная резекция молочной железы. Секторально вместе с тканью молочной железы

удаляются кистозные образования. Недостатками такого метода являются относительная травматичность операции, необходимость местной анестезии или наркоза, кровотечение и лимфоррея, возможность нагноения послеоперационной раны. В отдаленном периоде нарушение архитектоники и структуры ткани МЖ могут привести к патологии лактации и развитию еще более тяжелых фиброзных изменений. Наблюдаются деформация МЖ, образование рубцов. В настоящее время в клинической практике все шире используются малоинвазивные технологии при лечении ФКБ молочных желез. Одним из первых таких методов являлся метод введения в полости кист с целью склерозирования этилового спирта. Недостатками метода являлись токсичность препарата, необратимые изменения протоковой системы, высокий болевой порог до и после процедуры, формирование остаточных полостей в зоне воздействия и относительно нередкие рецидивы заболевания. Применяется способ термотерапии кист молочной железы лазером. Метод основан на воздействии лазерного излучения на полость кисты МЖ. Методика проводится под УЗ контролем. При выполнении лазерной термотерапии создают дозированную компрессию тканей МЖ на 2 часа. Несмотря на явные преимущества, следует отметить травматичность данного способа за счет введения множества игл и прямого термического воздействия, дороговизну оборудования, невозможность контролировать глубину поражения лазерным лучом ткани, вероятность рецидива ФКБ. Так же применяется лечение кист МЖ, включающее пункцию кисты под контролем ультразвукового датчика, аспирацию содержимого кисты, введение в полость кисты хирургического клея "Сульфакрилат", после чего происходит склерозирование кисты и рассасывание клея к 30-45 дню. При применении данного метода кроме выраженных болевых ощущений, инициируется ряд эффектов на тканевом и клеточном уровне, что требует дополнительного изучения. Данный способ не используется для лечения многокамерных и рецидивирующих кист молочных желез. Известен способ лечения кист МЖ, согласно которому склерозант вводят по катетеру, проведенному в сосок молочной железы, сквозь млечный синус и далее в долевой проток и полость. Это относительно травматичный способ, в следствие его применения могут вызываться воспаление протоков, склерозирование протоков. Перспективным малоинвазивным методом лечения ФКБ является введение в полость кистозных образований под УЗ навигацией 1 % раствора натрия тетрадецилсульфата. Объем вводимого раствора от

0,25 до 1,0 мл. За один сеанс склерозируют не более 6 кист. Объем кист определяется с помощью УЗИ, что позволяет более полноценно наполнить их полость склерозантом. На сутки накладывается тугая повязка сдавливающая железу. Цель исследования. Включение в комплекс лечения ФКБ молочных желез малоинвазивных хирургических технологий. Материалы и методы. Хирургическое лечение ФКБ применено у 82 пациенток проходивших лечение в ведомственном ЛПУ в 2016 – 2017 гг. Средний возраст больных составил $41,5 \pm 1,7$ лет. Длительность заболевания составила $4,4 \pm 0,9$ лет. До поступления в стационар наблюдались у специалистов и проходили консервативное лечение 56 пациенток. У 26 кистозные изменения в молочных железах выявлены при поступлении в стационар. Проводились следующие виды лечения: секторальная резекция молочной железы, лазерная термоабляция кистозных образований, склеротерапия кист. Результаты исследования. У всех 82 пациенток диагностирована диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента. Секторальная резекция выполнена у 20 больных. Операция предполагала удаление сектора молочной железы, содержащего одну или несколько кист. По результатам наблюдений в течение одного года, выявлено, что у 9-ти пациенток наблюдались косметические дефекты МЖ, как результат иссечения значительного объема ткани. У 12-ти пациенток выявлены новые мелкие кисты МЖ, что потребовало повторного оперативного лечения. 29 пациенткам с ФКБ выполнена малоинвазивная технология – лазерная термоабляция кист под контролем УЗИ с применением гольмиевого лазера «Versa Puls Power Suite». Пациентки весьма удовлетворительно переносили процедуру, а рецидив в течение года выявлен только у одной больной. Склерозирование кист молочной железы раствором натрия тетрадецилсульфата выполнено у 33 пациенток. Процедура для больных была весьма комфортна и позволяла полноценно и точно под контролем УЗИ наполнять полости кист склерозантом. В этой группе пациенток в течение одного года не выявлено ни одного случая рецидива болезни. Необходимо отметить, что в последних двух группах больных, которым были применены малоинвазивные технологии лечения ФКБ МЖ, отмечалось хорошее самочувствие после лечения и более положительные показатели качества жизни в отдаленном периоде. Выводы. Применение малоинвазивных технологий в лечении ФКБ молочных желез является весьма перспективным методом с положительными

результатами. Нуждается в дальнейшем изучение отдаленных результатов лечения ФБК с применением новых технологий.

239. Внутривнутрибрюшная гипертензия и синдром кишечной недостаточности как предикторы развития ранних органых дисфункций и инфекционных осложнений при панкреонекрозе

*Белик Б.М. (1), Чиркинян Г.М. (1),
Тенчури Р.Ш. (1, 2), Мареев Д.В. (2),
Осканян М.А. (1), Дударев И.В. (1, 2),
Дадаян А.Р. (2), Маслов А.И. (1)*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Установлено, что внутривнутрибрюшная гипертензия (ВБГ) и синдром кишечной недостаточности (СКН), проявляющийся в форме стойкого пареза кишечника, всегда присутствуют при остром деструктивном панкреатите (ОДП). С этих позиций представляет интерес оценка влияния ВБГ и СКН на течение и исход ОДП. Кроме того, представляется важным изучение в условиях панкреатогенной токсемии и стойкого пареза кишечника динамики содержания серотонина в сыворотке крови, как главного нейромедиатора, играющего ключевую роль в обеспечении моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Цель работы: оценить влияние ВБГ и СКН на развитие ранних органых дисфункций и инфицирование панкреонекроза (ПН) у больных ОДП. Материал и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 92 пациентов ОДП, госпитализированных в клинику течение 1-4-х суток от начала заболевания. У данных больных диагностическая программа помимо традиционных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования включала мониторинг внутривнутрибрюшного давления (ВБД), а также оценку тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II. Указанные исследования выполнялись у больных при поступлении и в течение 1-7-х суток от момента госпитализации, что в значительной мере являлось

объективной базой для выбора наиболее оптимального алгоритма лечебно-диагностической тактики. Кроме того, у пациентов исследовали концентрацию серотонина в сыворотке крови (высокоэффективная жидкостная хроматография), как одного из ключевых лабораторных маркеров, отражающего состояние сократительной активности гладкой мускулатуры кишечника в условия СКН. Все больные в зависимости от тяжести течения ОДП были разделены на 4 группы: у 38 (41,3%) пациентов признаки органной дисфункции не были выражены и имели транзиторный характер (1-я группа), у 18 (19,6%) – отмечена функциональная недостаточность одного органа (2-я группа), у 17 (18,5%) – двух органов (3-я группа) и у 19 (20,6%) – трех и более органов (4-я группа). Оценку органной дисфункции осуществляли по критериям A.Ваие и соавт. ВБД измеряли по методу I.L.Kr?n и соавт. Степень ВБГ трактовали в соответствии с градацией M.L. Malbrain и соавт. Из 92 больных в первой фазе ОДП исключительно консервативное лечение проводилось у 13 (14,1%) пациентов, 79 (85,9%) больных помимо консервативной терапии были подвергнуты хирургическому лечению. Из 79 больных у 75 (94,9%) были произведены различные минимально-инвазивные вмешательства (санационная видеолапароскопия, чрескожные пункционно-дренирующие манипуляции под ультразвуковым наведением) и у 4 (5,1%) пациентов потребовалось выполнение традиционной лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости. Результаты и обсуждение. На момент поступления у всех больных отмечалось повышенное ВБД по сравнению с контрольной величиной. У больных 1-3-й групп показатели ВБД достоверно не различались между собой и соответствовали 1-й степени ВБГ. У пациентов 4-й группы уровень ВБГ был достоверно выше ($18,7 \pm 1,2$ мм рт. ст.) и достигал 2-й степени ВБГ. При этом у пациентов во всех исследуемых группах содержание серотонина в сыворотке крови было ниже контрольного значения ($132,4 \pm 5,9$ нг/мл) и являлось наименьшим у пациентов 4-й группы ($44,7 \pm 2,6$ нг/мл), что на клиническом уровне проявлялось выраженным парезом кишечника. После выполнения видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости у пациентов 1-2-й групп тенденция к нормализации ВБД отмечалась к 3-м и 7-м суткам соответственно, что сочеталось с постепенным повышением уровня серотонина в крови, который все же оставался несколько сниженным по сравнению с контролем. При этом у данных больных отсутствовали признаки СКН. У больных 3-й группы, начиная со 2-х суток, имело место отчетливое повышение ВБД, которое к 5-м

суткам достигало $17,6 \pm 1,5$ мм рт.ст. (2-я степень ВБГ) и существенно не снижалось к 7-м суткам. У больных 4-й группы в течение 2-4-х суток сохранялась 2-я степень ВБГ ($19,6 \pm 1,4$ мм рт.ст.), а к 7-м суткам наблюдалось нарастание ВБД до $23,8 \pm 1,9$ мм рт.ст. (3-я степень ВБГ). У пациентов 3-4-й групп, начиная со 2-3-х суток, после кратковременного и резкого повышения содержания серотонина в крови на фоне панкреатогенной токсемии наблюдалось лавинообразное и стойкое падение его уровня, который снижался в 3,8 – 4,7 раза по сравнению с контролем и был наименьшим у пациентов 4-й группы ($28,4 \pm 1,2$ нг/мл). У этих пациентов клинически отмечалось развитие стойкого пареза кишечника в условиях выраженного СКН. Из 32 пациентов 3-4-й групп, которым в ранние сроки изначально выполнялась ВЛС брюшной полости, у 8 в сроки от 5 до 7 суток в связи с сохранением ВБГ дополнительно выполнялись декомпрессионные вмешательства на передней брюшной стенке посредством мини-лапаротомии и наложения панкреатооментобурсостомы с помощью набора инструментов «Мини-ассистент». Еще у 4 пациентов в связи с прогрессированием ВБГ и угрозой развития абдоминального компармент-синдрома осуществляли декомпрессионную лапаротомию и назоинтестинальную интубацию кишечника. После выполнения ВЛС брюшной полости у больных 1-2-й групп, начиная со 2-3-х суток, наблюдалось постепенное снижение показателей шкалы АРАСНЕ II. В то же время у пациентов 3-4-й групп, напротив, отмечалось нарастание значений шкалы АРАСНЕ II, которые у больных 4-й группы к 5-7-м суткам достигали $25,3 \pm 1,2$ – $27,2 \pm 1,3$ баллов соответственно. Из 92 пациентов ОДП у 15 (16,3%) в последующем отмечался переход асептического ПН в инфицированную форму. При этом в 3-й группе инфицирование ПН имело место у 4 (23,5%) пациентов, в 4-й группе – у 11 (57,9%). В связи с инфицированием ПН у этих больных в фазе деструктивных осложнений выполнялись различные оперативные вмешательства, направленные на санацию и дренирование гнойно-некротических очагов. Из 92 пациентов ОДП умерли 18 (общая летальность - 19,6%). В 1-й группе летальный исход наступил у 1 (2,6%) пациента, во 2-й группе умерли 2 (11,1%), в 3-й группе – 5 (29,4%). Наиболее высокий уровень летальности (52,6%) отмечен в 4-й группе (из 19 пациентов умерли 10). Послеоперационная летальность составила 22,4% (умерли 17 больных). Полученные нами данные показали, что оценка динамики ВБД наряду с показателями шкалы АРАСНЕ II объективно отражает тяжесть течения ОДП. При этом установлена прямая корреляционная взаимосвязь

между выраженностью ВБГ и тяжестью органических дисфункций, включая СКН, который всегда сопровождается серотониновой недостаточностью и проявляется стойким парезом ЖКТ. Также подтверждена четкая корреляция между выраженностью и продолжительностью сохранения ВБГ и пареза кишечника с одной стороны и частотой развития инфицирования ПН и уровнем летальности – с другой. Выводы. ВБГ и СКН являются главными предикторами развития и прогрессирования ранних органических дисфункций и инфицирования ПН и ведущими патогенетическими механизмами, осложняющими течение ОДП. При этом стойкий парез кишечника и СКН патогенетически связаны с развивающейся серотониновой недостаточностью. Мониторинг ВБД, показателей шкалы АРАСНЕ II и уровня серотонина в сыворотке крови позволяет своевременно стратифицировать наиболее тяжелую категорию больных ОДП, нуждающуюся в выполнении срочных санационно-декомпрессионных оперативных вмешательств, а также проведения комплексной интенсивной терапии, направленной на коррекцию ВБГ и СКН.

240. Результаты применения фибринового композита для герметизации панкреатокишечного анастомоза

Лубянский В.Г., Сероштанов В.В.

Барнаул

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ

Актуальность. Осложнения в раннем послеоперационном периоде после резекции поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом являются на сегодняшний день актуальной проблемой. Разрабатываются различные методы их профилактики от фармакологических до хирургических. В качестве устранения риска развития несостоятельности, свищей, кровотечений из области панкреатокишечного анастомоза применяются различные клеевые композиты, герметики, которые заполняют и закрывают места вколов в области шва анастомоза, препятствуя пропотеванию панкреатического сока и лизису фибрина. В этой связи, нами предложен способ герметизации

панкреатоэнтероанастомоза оригинальным фибриновым композитом Материалы и методы: В клинике за период с 2015 по 2017 гг прооперировано 60 больных с хроническим панкреатитом, которым была выполнена операция Фрея. Средний возраст составил $49,5 \pm 9,9$ лет. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 15 больных, которым после выполненной резекции поджелудочной железы с целью герметизации панкреатокишечного анастомоза применялись донаторы фибриногена в сочетании с тромбином или пластины тахокомба. Тахокомб укладывался в анастомотическую камеру и брался в шов панкреатокишечного анастомоза. Фибриновый клей наносился на шов анастомоза снаружи, а у 2 больных подавался в просвет через выведенную на переднюю брюшную стенку кишечную стому. Во вторую группу вошли 45 больных, которым проведена операция Фрея без применения донаторов фибриногена. Все больные перед операцией обследовались согласно стандартам оказания медицинской помощи, включая проведение МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием. Результаты: Проведенный анализ результатов оперативного лечения в обеих группах позволил нам установить, что в контрольной группе в раннем послеоперационном периоде были зарегистрированы осложнения: панкреатический свищ – у 6 (13,3%) больных, несостоятельность панкреатокишечного анастомоза у 3 (6,7%) больных; кровотечение из соустья – 5 (11,1%) больных. Среди больных контрольной группы летальность составила 4,4%, умерло 2 больных. В тоже время в основной группе с применением донаторов фибриногена осложнений в раннем послеоперационном периоде не возникло. Обсуждение: Отсутствие осложнений после резекции поджелудочной железы не связано с местным применением криопреципитата с высоким содержанием фибринмономеров и фиксацией их тромбином. При нанесении разработанного фибринового клея на область швов происходит герметизация их фибрином. Данный композит эффективен начиная с первых суток послеоперационного периода. Риск возникновения несостоятельности анастомоза и появления панкреатических свищей высок именно в ранние сроки после операции Выводы: 1) Оригинальный фибриновый клей позволяет герметизировать панкреатокишечный анастомоз стимулируя процесс регенерации соустья. 2) В группе больных с использованием тахокомба и фибринового клея несостоятельности швов анастомоза не зарегистрировано. Рекомендации:

Интраоперационное применение фибринового композита позволяет снизить вероятность возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с хроническим панкреатитом.

241.Профилактика спайкообразования у больных с послеоперационными вентральными грыжами

Олифирова О.С., Бадасян А.Н.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Актуальность. Послеоперационный спаечный процесс брюшной полости и его последующие осложнения являются актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Поскольку формирование спаек между поверхностями с травмированным брюшинным покровом происходит в первые 5-7 дней после операции, именно в этот период требуется проведение профилактических мероприятий. По данным литературы для этого могут быть использованы антиоксидантная терапия и мембрана КолГАРА. Цель исследования: оценка результатов применения мембраны КолГАРА и антиоксидантной терапии в профилактике спайкообразования у больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ). Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 20 пациентов с ПВГ, оперированных в хирургическом отделении ГАУЗ АО Амурская областная клиническая больница. Средний возраст – 53 года. Согласно классификации SWR (1999): срединные грыжи (М) были у 17 (85%), боковые (L) – у 3(15%) пациентов. По размеру грыжевых ворот: W2 – 8 (40%), W3 – 7 (35%), W4 – 5 (25%). Рецидивные грыжи – у 5 (25%) человек: R1 – у 3, R2 – у 2. Причиной ПВГ явились различные операции с использованием лапаротомного доступа. Рецидивы ПВГ возникли после пластики местными тканями (3) и аллопластики полипропиленовой сеткой (2). Сопутствующая патология установлена у 10 (50%) пациентов. Пациентам с большими (W3) и гигантскими (W4) ПВГ для коррекции внутрибрюшной гипертензии проводили предоперационную подготовку: пневмобандаж при вправимых грыжах, положение

Тренделенбурга, бесшлаковая диета. Всем пациентам проводилась профилактика тромбозомболических осложнений. Предоперационное обследование: УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия легких, спирометрия по показаниям. Для профилактики спайкообразования пациентам проводили внутривенное введение 5% мексидола 10 мг/кг в течение 7 дней послеоперационного периода, а на операции применяли противоспаечную мембрану КолГАРА. КолГАРА – стерильная, рассасывающаяся плёнка, состоящая из лошадиного коллагена I типа. Полученные результаты. На операции для профилактики спаечного процесса между передней брюшной стенкой (оставшиеся ткани грыжевого мешка) и петлями кишечника с салъником укладывали мембрану КолГАРА, которую фиксировали к париетальной брюшине герниостеплером или узловыми швами. Герниопластика выполнялась с использованием нерассасывающихся полипропиленовых эндопротезов (Ethicon). Чаще целостность брюшины удавалось сохранить за счет ушивания оставшихся тканей грыжевого мешка. У 2-х больных ушивание брюшины было невозможным и им была выполнена герниопластика по принципу «sub-lay». При этом формировали комплекс, состоящий из полипропиленовой сетки и мембраны КолГАРА, которая была направлена к брюшной полости. У 16 больных эндопротез фиксировали «on-lay» поверх апоневроза с его предварительным ушиванием при небольших грыжах (5) или без ушивания дефекта апоневроза при больших грыжах (11). 2-е больных с гигантскими грыжами оперированы по методике «in-lay». Для минимизации парапротезного пространства старались захватить и фиксировать подкожную клетчатку к эндопротезу. В подкожно-жировую клетчатку устанавливали дренажи Редона. Течение раневого процесса в послеоперационном периоде оценивали на основании клинических данных (температурная реакция, местные изменения в области раны) и по лабораторным анализам. Длительная экссудация имела место у 4-х больных с гигантскими ПВГ. У всех пациентов послеоперационный период протекал гладко без признаков спаечной болезни. Обсуждение, выводы и рекомендации. По нашему мнению, использование коллагеновой мембраны КолГАРА в сочетании с антиоксидантной терапией представляется перспективным направлением профилактики спайкообразования между париетальной брюшиной и органами брюшной полости. Дальнейшее наблюдение за этой группой больных позволит оценить отдаленные результаты

методики и подготовить клинические рекомендации. Ближайшие результаты расценены как вполне удовлетворительные.

242. Повторная реконструкция пищеварительного тракта после операций на желудке

Ручкин Д.В. Козлов В.А.

Москва

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

Введение. Повторные реконструктивные операции на желудке традиционно считаются сложным разделом хирургической гастроэнтерологии. Сегодня эти открытые, технически сложные и часто уникальные операции не утратили своей практической значимости. Хирургическое вмешательство по-прежнему остается методом выбора в лечении осложненной язвенной болезни, доброкачественных опухолей и рака желудка. Если резекционный этап таких операций в целом стандартизирован, то выбор варианта реконструкции остается дискуссионным. В современной литературе подчеркивается неудовлетворенность функциональными результатами стандартных вариантов резекций желудка и гастрэктомии. Тяжелые нарушения пищеварения после первичных операций на желудке приводят порядка 25% больных к стойкой инвалидизации и в 100% требуют медицинской реабилитации. В основе патогенеза постгастрорезекционных расстройств лежит потеря части или всего желудка с утратой резервуарной функции, привратникового механизма и дуоденального пассажа пищи. Совокупный ущерб пищеварению превышает его компенсаторные возможности и неизбежно приводит к развитию патологических состояний: демпинг-синдрому, синдрому мальабсорбции, агастральной астении, кахексии и т.п. Единственным радикальным методом лечения болезней оперированного желудка и рецидива рака остается повторная операция. Цель. Компенсация расстройств пищеварения у оперированных на желудке больных путем поиска оптимального варианта повторной реконструкции пищеварительного тракта.

Материалы. В период 2012-17 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского выполнили 51 повторную операцию пациентам, ранее перенесшим резекционные, дренирующие и антирефлюксные операции на желудке. В качестве первичного хирургического вмешательства была выполнена дистальная резекция желудка в модификации Бильрот-II 21 (41,2%) больным, гастрэктомия (ГЭ) - 12 (23,5%). Проксимальную резекцию желудка ранее перенесли 11 (21,5%) пациентов. После дренирующей желудка операции (в т.ч. гастрощунтирования) были 4(7,9%), после фундопликации по Ниссену – 3 (5,9%) больных. Показаниями к повторной операции у 26 (50,9%) пациентов явились болезни оперированного желудка, у 25 (49,1%) - рецидив рака в анастомозе и рак культи желудка. Средний возраст пациентов составил 55 лет, мужчин было 30 (58,8%), женщин – 21 (41,2%). В качестве повторной операции резекцию желудка с реконструкцией по Бильрот-I выполнили 5 (9,9%), по Гофмейстеру – 1 (1,9%) больному. Реконструкция на Ру-петле проведена 4 (7,8%) пациентам после экстирпации культи желудка. Еюногастропластику (в т.ч. маневр Супо-Буккеля) применили в 32 (62,7%) наблюдениях, из них в 7 (13,8%) после дистальной резекции и в 14 (27,4%) после экстирпации культи желудка, а также в сочетании с проксимальной резекцией желудка (операцией Merendino) – в 11 (21,7%). Субтотальную резекцию пищевода с пластикой левой половиной толстой кишки выполнили 9 (17,6 %) больным, в сочетании у 6 (11,7%) из них с резекцией эзофагоюноанастомоза, у 3 (5,8%) - с экстирпацией культи желудка. Еще 1 (1,9%) больной после ранее перенесенного гастрощунтирования экстирпировали пораженные опухолью малый желудок и грудной отдел пищевода, а «выключенную» часть желудка использовали в качестве изоперистальтической трубки для субтотальной эзофагопластики. У 1 (1,9%) больного реконструкцию не выполнили ввиду дефицита висцерального резерва после обширной резекции по поводу рецидива рака в эзофагоюноанастомозе. Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 5 (9,8%) больных. Частичная несостоятельность эзофагоюноанастомоза развилась у 2 (3,8%), дуоденоюноанастомоза - у 1 (1,9%) пациента. Все они разрешились консервативно путем адекватного дренирования под УЗ-контролем и вакуум-аспирации. Лишь 1 (1,9%) больному потребовалась релапаротомия в связи с некрозом толстокишечного трансплантата, который резектировали с выведением питательной коло- и эзофагостомы. Зафиксирован один летальный исход

пациентки на 1-ые сутки после операции от прогрессирования полиорганной недостаточности. Госпитальная летальность составила 1,9%. Важным критерием оценки непосредственных результатов повторной реконструкции являлась ее завершенность, достигнутая в 96,2% наблюдений. У 2 больных (3,8%) реконструкция осталась незавершенной. Отдаленный результат реконструктивной операции оценили по трёхбалльной модифицированной шкале Visick с учетом самочувствия пациента, динамики его питательного статуса, наличия тех или иных расстройств пищеварения. На момент окончания исследования под наблюдением оставалось 34 (66,6%) из 51 пациента. Осмотр пациентов выявил у 20 (58,8%) из них хороший, у 11 (32,3%) - удовлетворительный результат. И лишь 3(8,9%) больным повторная операция ни принесла облегчения. Вывод. Оценка полученных результатов демонстрирует исчезновение или значительное ослабление патологических пострезекционных синдромов. Этот факт говорит о целесообразности повторных операций на желудке с его пластическим замещением и восстановлением дуоденального пассажа пищи.

243. Структура и частота послеоперационных осложнений после ликвидации петлевой илеостомы

Ланцов И.С., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Москалев А.И.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность. Формирование превентивной илеостомы позволяет уменьшить частоту развития клинически значимой несостоятельности колоректального или колоанального анастомоза. В последующем, пациенту предстоит операция по ликвидации временной илеостомы. По данным литературы частота послеоперационных осложнений после закрытия превентивной илеостомы достигает 30%, послеоперационная летальность – 4%. До настоящего времени в РФ не проводилось исследований, оценивающих частоту и структуру послеоперационных осложнений у

пациентов, перенесших закрытие превентивной илеостомы тремя принципиально различными способами. Материал и методы. 327 больных, подвергшиеся ликвидации петлевой илеостомы, рандомизированы на 3 группы. В 1 группу включено 104 пациента, им был сформирован ручной илео-илеоанастомоз по типу «конец-в-конец». 103-м больным 2 группы ручной анастомоз был сформирован по типу «бок-в-бок». В 3 группе (n=120) применялась аппаратная методика формирования анастомоза. Статистически значимых различий между группами по возрасту, полу, ИМТ, структуре основных заболеваний не было. Результаты. Частота развития послеоперационных осложнений в группах 1, 2 и 3 составила 14,4%, 17,4% и 12,5%, соответственно (p=0,5). Летальный исход зарегистрирован только во 2 группе в 1 (0,3%) наблюдении. Анализ структуры послеоперационных осложнений показал, что парез желудочно-кишечного тракта развился у 9 (8,7%), 12 (11,7%) и 6 (5%) пациентов в группах 1, 2 и 3, соответственно. Статистически значимых различий по частоте развития пареза ЖКТ не отмечено (p=0,2). Инфекция в области хирургического вмешательства развилась примерно с одинаковой частотой в 3,8%, 2,9% и 3,3% наблюдений в группах 1, 2 и 3, соответственно (p=0,9). Также не было различий по частоте несостоятельности анастомоза, которая развилась у 3-х пациентов по одному случаю в каждой группе (p=0,9). Послеоперационного кровотечения в группе 1 не отмечено, тогда как во 2 группе зарегистрировано у 1 (1%) пациента, а в группе 3 в 3 (2,5%) наблюдений (p=0,2). Кишечная непроходимость в группе 1 зарегистрирована в 1 (1%) случае, в группе 2 у 3 (2,9%) пациентов, 1 из которых умер в послеоперационном периоде, а в 3 группе подобного осложнения не было (p=0,1). Длительность послеоперационного пребывания пациентов группы 2 в стационаре оказалась самой продолжительной и составила 9,3 койко-дня, в то время как в 1 и 3 группах – 7,7 и 8,1 койко-дней, соответственно (p=0,3). При использовании ручного способа формирования анастомоза по типу «бок-в-бок» длительность оперативного вмешательства оказалась самой длительной – 105,7 мин. за счет времени формирования тонко-тонкокишечного анастомоза, которое составило 49,3 мин. в сравнении с группой аппаратного способа формирования анастомоза, где данные показатели были 69,7 мин. и 20 мин., соответственно (p<0,001). Время оперативного вмешательства и формирования ручного илео-илеоанастомоза по типу «конец-в-конец» занимает промежуточные значения и составили 78,3 мин. и 33,1 мин., соответственно. Достоверных различий между

группами по этому показателю не выявлено. Обсуждение. Использование аппаратной методики закрытия двустольной илеостомы может оказаться предпочтительной по сравнению с другими способами, учитывая более быстрое время оперативного вмешательства и меньшую частоту послеоперационных осложнений. Выводы. Статистически достоверных различий по частоте возникновения и структуре послеоперационных осложнений между группами получено не было. Меньшая длительность оперативного вмешательства и формирования анастомоза отмечена в 3 группе, тогда как самая длительная средняя продолжительность операции – во 2 группе за счет увеличения времени формирования анастомоза.

244. О тактике хирурга при язвенных кровотечениях у «диализных» больных

Ильясов Р.Х., Гаджиев К.Н., Малафеев И.А., Воробьев С.А., Антонян В.С., Мустафин Р.Д.

Астрахань

Астраханский государственный медицинский университет, Александро-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань

Проблема хирургического лечения острых язвенных кровотечений представляет особые трудности у пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе. Выбор между максимально консервативной тактикой и «операциями отчаяния» в виде экстренных вынужденных резекций желудка сопровождается летальностью 33 – 60%. Нами с 2007 по 2017 г наблюдалось 124 больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом, у которых возникли острые кровотечения из хронических язв желудка и 12-перстной кишки (102 человека) и перфорации язв (22 пациента). Мужчин было 55, женщин - 69, средний возраст пациентов - 54±4,5 лет. Продолжительность терапии гемодиализом составляла от 2 месяцев до 11 лет, «язвенный» и «желудочный» анамнез в течение 6 – 36 месяцев отмечался у 32 пациентов. У 5 больных имело место сочетание кровотечения с перфорацией, при этом у 2 перфорация возникла во время операции по

поводу кровотечения. 48 пациентам выполнена аргонплазменная коагуляция, которая была эффективной у 29 больных, а у 9 позволила провести полноценную предоперационную подготовку. Всего оперировано 52 больных. В 14 случаях была выполнена дуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда, в 4 - дуоденопластика с селективной желудочной ваготомией в упрощенном варианте по типу операции Тейлора, в 9 - дуоденотомия с прошиванием сосуда и гастроэнтероанастомозом, в 3 - резекция желудка. Среди 22 пациентов с перфоративной язвой в 16 случаях выполнено ушивание перфорации, в 2 - в сочетании с гастроэнтероанастомозом, в 4 - резекция желудка. Главной особенностью операции у всех больных была хрупкость и отек тканей, особенно в области гепатодуоденальной связки, а также диффузная кровоточивость стенки кишки. Послеоперационные осложнения III степени по Dindon-Clavier возникли у 36 больных, среди них преобладали пневмония (22) и парез ЖКТ (9). У 7 пациентов возникли показания к релапаротомии в связи с несостоятельностью ушитой перфорации, у 2 больных с признаками отграниченной несостоятельности дуоденальной культи было решено от релапаротомии воздержаться. Послеоперационная летальность составила 28,8%. В подгруппе больных, перенесших резекцию желудка, летальный исход наступил в 6 случаях, среди 7 больных, подвергнутых релапаротомии, умерло 6 человек. Причинами смерти у 5 больных были прогрессирование полиорганной недостаточности, у 1 - острое нарушение мозгового кровообращения. Заключение. При осложнениях язвенной болезни, требующих хирургического лечения у «диализных» пациентов, прогноз заболевания наряду с оптимально выстроенной программой интенсивной терапии в значительной степени определяется адекватным выбором объема оперативного вмешательства, которое по возможности должно быть одноэтапным.

245. Миниинвазивные вмешательства в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки

*Холов К.Р., Назаров Х.Ш., Камилов Г.Т.,
Икромов Б.А.*

Душанбе, Таджикистан

ГУ «Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи»

Актуальность. Несмотря на достижения современной фармакологии в лечении язвенной болезни, частота перфорации гастродуоденальных язв не имеет тенденции к снижению. Так как, в большинстве случаев, при перфорации гастродуоденальных язв нет необходимости в выполнении более сложных хирургических вмешательств, операцию обычно заканчивают ушиванием перфоративного отверстия (ПО), санацией и дренированием брюшной полости. Травматичность и длительность традиционного доступа требуют применения более миниинвазивных методов лечения. Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 43 больных с перфорацией дуоденальных язв, которые находились на стационарном лечении в отделении эндохирургии Государственного учреждения клиническая больница скорой медицинской помощи (ГУ КБ СМП) города Душанбе в течении 2014-2017 годов. Возраст больных варьировал от 19 до 54 лет. Женщин было - 12 (27,9%), мужчин - 31 (72,1%). Все больные были разделены на 2 группы: основную - 18 (41,9%) больных, которым проведено лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия и контрольную - 25 (58,1%) больных, которым проведено традиционное ушивание перфоративного отверстия. Для диагностики использовались общелабораторные и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости и фиброгастродуоденоскопия. Сроки поступления больных с момента перфорации составили от 1,5 до 26 часов. Во всех случаях ПО локализовалось по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. Размер ПО варьировал от 1,5 до 10 мм. У 19 (44,2%) больных имел место сопутствующий разлитой серозный перитонит, у остальных 24 (55,8%) серозно-фибринозный. Результаты и обсуждение. Применение лапароскопической методики начиналось с обзорной видеолапароскопии для уточнения характера

патологического процесса в брюшной полости (оценки локализации и размера ПО, состоянии тканой вокруг ПО, степени распространенности перитонита и характера экссудата). Для проведения основного этапа операции в обеих подреберьях устанавливались рабочие троакары. После эвакуации экссудата из брюшной полости выполнялась ушивание ПО. Способ ушивания зависел от размера ПО и состояния периульцированного инфильтрата. В 16 (88,9%) случаях, при размере ПО до 0,8см и диаметре инфильтрата менее 1,5 см. последние ушивались «Z» –образным швом с интракорпоральным формированием узлов. В качестве шовного материала использовались рассасывающаяся нить «Polysorb» (фирмы Auto Suture) или «Vicril» (фирмы Ethicon) диаметром 2/0 и 3/0 на атравматичной игле 20-25 мм. В 2 (11,1%) случаев, когда размер ПО превышал 0,8см, а диаметр инфильтрата более 1,5см. ПО было ушито с использованием пряжи большого сальника на ножке по Опплю-Поликарпову. Герметичность шва проверялась путём введения через назогастральный зонд окрашенного изотонического раствора. После промывания брюшной полости растворами антисептиков и её максимальной санации, операцию завершали дренированием брюшной полости. Количество дренажных трубок составило 1-3 и зависело от распространённости перитонита. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась современная противоязвенная и симптоматическая терапия. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдалось. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила $6 \pm 1,4$ дня. Вывод. Таким образом, лапароскопическое ушивание перфоративных отверстий у больных с поздним и распространённым перитонитом может являться методом выбора в лечении больных с перфорацией гастродуоденальных язв. Данная методика способствует снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и раннему восстановлению трудоспособности.

246. Применение современных технологий в лечении эхинококкоза органов брюшной полости

Камилов Г.Т., Назаров Х.Ш., Холов К.Р., Султонов Б.Ч., Султонов Р.Б.

Душанбе, Таджикистан

ГУ «Клиническая больница скорой медицинской помощи города Душанбе»

Актуальность. До настоящего времени одной из актуальных проблем эхинококкоза в абдоминальной хирургии является трудность определения выбора доступа и объема оперативного вмешательства при данной патологии. Применение традиционных методов эхинококкэктомии, особенно при сочетанном виде заболевания, не редко, требуют расширения доступа или проведения дополнительных разрезов на брюшной стенке, которые могут способствовать увеличению частоты послеоперационных осложнений. Материал и методы исследования. В материал включены результаты диагностики и лечения 68 больных с эхинококковой болезнью органов брюшной полости, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях Государственного учреждения клиническая больница скорой медицинской помощи города Душанбе на протяжении последних 3 лет. Возраст больных варьировал от 21 до 57 лет. Женщин было – 38 (55,9%), мужчин было -30 (44,1%). Размер эхинококковых кист достигал от 3,5см до 18 см. Кисты локализовались в печени (n=56), брыжейке тонкого кишечника (n=5), полости малого таза (n=4) и селезёнке (n=3). Для диагностики заболеваний использовали общелабораторные и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию грудной клетки и лапароскопию. Все больные были распределены на 2 группы: основную - 21 (30,9%) больной, которым проведена лапароскопическая эхинококкэктомия (ЛЭ) и контрольную -47 (69,1%) больных, которым проведена традиционная эхинококкэктомия (ТЭ). У больных основной группы в 13 (61,9%) случаях кисты являлись единичными, а в остальных 8 (38,1%) случаях множественными. Результаты и обсуждение. При ЛЭ всегда производили общий осмотр органов брюшной полости для выявления других кист и выбора хирургической тактики. В 7 (33,3%) случаях, когда размер кисти не превышал 6 см, при её краевом расположении в печени (n=6), а также в брыжейке тонкого кишечника (n=1) была выполнена идеальная ЛЭ. В 9 (42,9%) случаях

проведена открытая эхинококкэктомия с применением общепринятой методики PAIR (пункция – аспирация содержимого - инъекция сколексоцидного агента – реаспирация), которая дополнялась лапароскопической резекцией стенок кисты и активным дренированием остаточной полости. Остальным 5 (23,8) больным, у которых имелись множественные эхинококковые кисты печени и малого таза (количество кист от 3 до 7) был проведен сочетанный вид эхинококкэктомии. С целью сохранения принципов апаразитарности операции, проводили огораживание кист от брюшной полости путём обкладывания кист салфетками смоченными в 80% растворе глицерина. Обработка полости кисты осуществлялась 3-5-минутной экспозицией 96% этилового спирта, раствора «Бетадина» или 30% раствором NaCl. В 1 (4,8%) случае была выполнена конверсия, причиной которой явилось наличие желчного свища в дне остаточной полости. Всем 47 больным контрольной группы были выполнены разные виды ТЭ, доступ при этом выбирался в зависимости от расположения кист. В 3 (6,4%) случаях была выполнена спленэктомия, ввиду расположения кист в селезенке. В послеоперационном периоде у больных контрольной группы в 2 (4,2%) случаев отмечалось развитие реактивного экссудативного плеврита, в 1 (2,1%) случае сформировался желчный свищ и в 2 (4,2%) случаях произошло нагноение послеоперационной раны. У больных основной группы послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдалось, и все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Средняя длительность пребывания в стационаре больных перенесших ЛЭ составила $5,3 \pm 1,4$ дня, в то время как после традиционных вмешательств этот период ровнялся – $11,3 \pm 2,1$ дням. Вывод. Применение лапароскопической технологии в диагностике и лечении больных с эхинококкозом органов брюшной полости способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и срокам их госпитализации.

247. Возможности использования Shave-терапии вне стационара при трофических язвах стоп у больных сахарным диабетом с признаками веной недостаточности нижних конечностей

Исхаков Р.Б., Мовчан К.Н., Русакевич К.И., Спиридонов Н.А.

Санкт-Петербург

ФГБУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»,

Поиск путей улучшения результатов оказания медицинской помощи (МП) больным трофическими язвами нижних конечностей (ТЯ НК) продолжает оставаться одной из задач современной медицины. На фоне веной недостаточности (ВН) НК появление ТЯ стоп должно настораживать в плане генеза заболевания. В подобных ситуациях особое внимание следует придавать сочетанию ВН НК с т.н. синдромом диабетической стопы (СДС). В случаях обусловленности ТЯ стоп сочетанной патологией лечение пациентов лучше осуществлять в условиях стационара. Однако, при рациональной организации МП данной категории пациентов она может успешно оказываться в обычных поликлиниках, что демонстрируется следующим клиническим наблюдением. У пациентки П., 52 года, верифицирована обширная трофическая язва правой стопы. В течении 15 лет страдает сахарным диабетом. Впервые ТЯ образовалась 5 лет назад. Лечилась самостоятельно с применением ранозаживляющих мазей, растворов антисептиков без положительного эффекта. В поликлинике по месту жительства, при осмотре отмечены: отек правой голени до средней трети; пигментация кожных покровов; язвенный дефект правой стопы на её тыльной поверхности, переходящий на переднюю поверхность голени площадью $25,06 \text{ см}^2$ (определено посредством программы Lesion Meter) с налетом фибрина и гнойным отделяемым; нарушение тактильной, температурной, болевой чувствительности кожи стоп. При ультразвуковом триплексном сканировании сосудов НК: признаки посттромбофлебитической болезни правой голени. Сформулирован диагноз: СДС, нейропатическая форма. Обширная трофическая язва правой стопы. Посттромбофлебитическая болезнь правой нижней конечности. Сб. В условиях дневного стационара проведен курс (подобраны адекватные антибактериальные препараты, ангиопротекторы, гипотензивная и гипогликемическая терапия) консервативного лечения. Ежедневно осуществлялись перевязки с бандажированием

правой НК. После данной подготовки под местной анестезией посредством электродерматома с правого бедра изъят трансплантат (S 25 см 2, толщиной 0,4 см) и непосредственно с язвенного дефекта удален грануляционный слой (толщиной 0,3 см) до появления кровоточащей поверхности. Трансплантат перфорированный множеством отверстий помещен на подготовленную поверхность ТЯ и фиксирован отдельными узловыми швами. Наложена асептическая бандажная повязка. Перевязки осуществлялись на дому. Швы сняты через 5 суток. Лизиса трансплантата не отмечено. Донорская рана — без признаков воспаления. Через 20 дней констатировано полное приживление трансплантата. На примере данного случая демонстрируются возможности оказания специализированной медицинской помощи в условиях поликлиники в случаях комплексного подхода и рациональной организации лечебно-диагностического процесса пациентам даже при обширных трофических язв стоп сочетанной природы. При современной тенденции проведения обследования и лечения пациентов вне условия стационара следует особо учитывать квалификацию т.н. узких специалистов амбулаторно-поликлинического звена медицинского обеспечения населения и всячески мотивировано поддерживать их стремление к профессиональному росту.

248. Удвоения желудочно-кишечного тракта у детей

Разумовский А.Ю.(1,2), Смирнов А.Н.(1,2),
Холостова В.В.(1,2), Гавриленко Н.В.(1)

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- 2) ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова

Актуальность: Удвоения желудочно-кишечного тракта представляют собой редкий порок развития и могут локализоваться в любом отделе пищеварительного тракта. Частота встречаемости данного заболевания составляет 1:4500 новорожденных. По данным литературы, в большинстве случаев удвоения желудочно-

кишечного тракта диагностируются до двухлетнего возраста и встречаются как у девочек, так и у мальчиков с незначительным преобладанием последних. Несмотря на большое количество работ по данной теме, остается спорным вопрос о тактике ведения и методах оперативного вмешательства у детей с удвоениями пищеварительного тракта. Материалы и методы: Работа выполнена на базе отделения гнойной и неотложной абдоминальной хирургии, отделения хирургии новорожденных и отделения торакальной хирургии. Были проанализированы истории болезней детей в возрасте до 18 лет с удвоениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с 2011 по 2015 года в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова. В настоящее время мы обладаем опытом лечения 53 детей с удвоениями ЖКТ. Из них: пищевода – 12, пищевода и желудка – 1, желудка – 16, тонкой кишки – 19, толстой кишки – 1, прямой кишки – 3. Возрастной состав: новорожденные – 12 (23%), дети первого года жизни – 17 (32%), дети 1-3 лет – 9 (17%), дети 3-11 лет – 15 (28%). В 24 случаях удвоение ЖКТ было случайной находкой (в том числе и результаты антенатального скрининга), в 19 случаях сопровождалось сдавлением близлежащих органов с болевым синдромом, 4 – кишечной непроходимостью, 4 – кровотечением (эктопия слизистой), 2 – наличием свища в области промежности. Полученные результаты: При анализе жалоб у детей с дубликациями следует отметить, что у 27 детей (50,9%) заболевание протекало бессимптомно, при этом изменения были выявлены при проведении УЗИ брюшной полости либо рентгенографии органов грудной клетки в рамках диспансерного обследования. В диагностике применялись ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитнорезонансная томография (МРТ), эзофагогастродуоденоскопия и рентгеноконтрастное исследование. Оперативные вмешательства в подавляющем большинстве случаев выполнялись лапароскопическим способом. У 53 пациентов в 40 случаях (75%) было выполнено лапароскопическое вмешательство, в 7 случаях (13%) видеоассистированное вмешательство, в 4 случаях (8%) лапаротомия, в 2 случаях (4%) промежностный доступ. Обсуждение: Сравнительная редкость дубликатур пищеварительного тракта и отсутствие достоверных патогномичных признаков заболевания затрудняют установление правильного предоперационного диагноза, несмотря на многочисленные методы визуализации. В настоящее время при всех видах удвоений пищеварительной трубки стараются использовать

методы минимально инвазивной хирургии – торако- и лапароскопические, лапароскопически-ассистированные и внутриспросветные вмешательства. Подобные оперативные вмешательства должны отвечать принципам радикальной хирургии: удвоение должно быть удалено полностью, а при невозможности этого, необходимо полное удаление слизистой оболочки. В нашем исследовании во всех случаях удалось выполнить радикальное оперативное вмешательство, при этом доля малоинвазивных операций составила 88%. Выводы и рекомендации: Таким образом, удвоения ЖКТ у детей в большинстве случаев не требуют выполнения сложных реконструктивных операций, за исключением дубликатур сложной анатомической локализации, таких как удвоения двенадцатиперстной кишки, толстой кишки, торакоабдоминальные удвоения. Малоинвазивные эндоскопические вмешательства, с учетом всех преимуществ последних, являются радикальными, не приводят к развитию рецидивов и могут считаться методом хирургического выбора, особенно при удвоениях тонкой кишки и желудка. Способы хирургической коррекции при данной патологии весьма разнообразны и требуют дифференцированного подхода, что определяется самим характером данного порока развития ЖКТ.

249. Барботажная санация в хирургическом лечении синдрома диабетической стопы

Глухов А.А., Андреев А.А., Шмарин А.А., Лобас С.В.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

Актуальность. В России 8-12% населения (~ 13 млн.) больны сахарным диабетом. В том числе, свыше 1 млн. страдают и около 7 млн. человек находятся в группе риска развития синдрома диабетической стопы (СДС), из которых более 450 тысяч ежегодно подвергаются ампутации нижних конечностей на различных уровнях. Цель исследования – улучшение результатов комплексного лечения больных с СДС путем разработки и применения метода программной барботажной санации (ПБС).

Материалы и методы. Метод ПБС реализуется путем пропускания газа через лекарственный раствор и за счет возникающей разницы давлений на границах жидкой, твердой и газообразных сред, происходит ускорение очищения ран, улучшение кровообращения и репарации тканей. Для реализации метода сотрудниками кафедры общей хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (Воронеж) и компании «Еламед» (Рязань) разработана установка для его проведения. Исследование проведено в экспериментальном и клиническом блоках. Экспериментальные исследования выполнены на 192 крысах линии Wistar с моделированными по методике А.И. Сыченникова ранами (1974). Всем животным проводилась смена асептических повязок 2 раза в сутки. В опытной группе дополнительно выполнялась ежедневная ПБС 0,9% NaCl в течение 3-х минут. Клинический блок включал анализ результатов лечения 48 больных с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне СДС, которые были разделены на контрольную и основную группы – по 23 и 25 пациентов, соответственно. Все больные получали стандартное лечение, которое в основной группе было дополнено ежедневной ПБС ран. Для оценки течения раневого процесса выполнялись клинические, лабораторные, инструментальные, планиметрические, гистологические, гистохимические и морфометрические методы, учитывались проявления раневого процесса (характер воспалительной реакции, сроки очищения, начала грануляции и эпителизации, закрытия ран, площадь ран и другие). Результаты и выводы. В экспериментальном блоке исследования получены следующие результаты. В основной группе отек купировался на $1,8 \pm 0,3$ сутки, гиперемия кожи – на $1,5 \pm 0,4$, количество экссудата снижалось до скудного – на $1,8 \pm 0,3$ сутки ($p < 0,05$). В контрольной группе животных изучаемые показатели составили соответственно $2,2 \pm 0,3$, $1,8 \pm 0,6$ и $2,7 \pm 0,4$ суток. Площадь ран в контрольной группе на 1-е сутки составила $19,5 \pm 0,3$ мм², на 3-е – $8,8 \pm 0,4$ мм², на 7-е – $3,2 \pm 0,2$ мм² ($p < 0,05$). В опытной группе изучаемый показатель был равен до $13,3 \pm 0,5$, $6,2 \pm 0,5$ и $1,75 \pm 0,38$ мм² ($p < 0,05$), соответственно. К 11 суткам у всех животных наблюдалось закрытие раны с образованием рубца. На 1-е сутки уменьшение площади раны в контрольной группе составило $25,7 \pm 1,7\%$, в опытной – $48,6 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$), с 1-х по 3-е сутки – $27,6 \pm 0,4\%$ и $26,8 \pm 0,39\%$, с 3-х по 7-е сутки – $15,8 \pm 0,4\%$, и $17,9 \pm 0,3\%$ в сутки, соответственно. Результаты гистологических исследований выявили к 7-м суткам в контрольной группе животных слабое развитие грануляционной ткани и сохранение

воспалительной инфильтрации; в основной группе – отсутствие признаков воспаления, заполнение раневого дефекта грануляционной тканью до сосочкового слоя дермы, эпителизацию. В клиническом блоке получены следующие результаты. В основной группе отмечалось сокращение периода очищения ран до скудного в 1,5 раза, сроков отечности и гиперемии в области ран – в 1,2 и 1,22 раз соответственно ($p < 0,05$). Появление грануляций в контрольной группе больных выявлялось на $6,0 \pm 1,6$ сутки, в опытной группе – на $4,2 \pm 1,2$ сутки. В контрольной группе было выполнено 4 ампутации на уровне бедра, 11 – в пределах стопы, в основной группе – 2 и 7 оперативных пособий соответственно. Таким образом, применение метода ПБС, основанного на пропускании газа под давлением через лекарственный раствор, способствует купированию воспаления, активизации процессов регенерации в мягких тканях, что на фоне комплексного лечения СДС, в совокупности, позволяет сократить число ампутаций на 40%.

250. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печень

Алибегов Р.А.(1,2), Сергеев О.А.(1,2),
Жвйтиашвили И.Д.(2), Прохоренко Т.И.(2).

Смоленск

1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) ОГБУЗ "Клиническая больница №1"

Актуальность: на момент выявления первичного колоректального рака (КРР) 24-27% пациентов имеют метастазы в печень. На сегодняшний день хирургическое лечение метастатического КРР (мКРР) является наиболее эффективным методом с благоприятными непосредственными и приемлемыми отдаленными результатами лечения. Однако остаются нерешенными многие вопросы: уменьшение интра-и послеоперационных осложнений, прогнозирование объема резидуальной печени, лечение и профилактика острой печеночной недостаточности. Материал и методы. Анализируются результаты хирургического лечения 64 пациентов с резекций печени с мКРР. В исследование участвовало женщин/мужчин - 37/27,

в возрасте 34-74 ($53,2 \pm 7,3$) лет. Пациенты проводилось хирургическое лечение как в объеме расширенных резекций ($n=52$), так и сегменториентированных ($n=12$). Характеристика пациентов первой группы: правосторонняя гемигепатэктомия (ГГЭ) - 19, расширенная правосторонняя ГГЭ - 14, левосторонняя ГГЭ (лГГЭ) - 16, расширенная лГГЭ - 3. Характеристика пациентов второй группы: бисегментэктомия SVII-VIII - 1, трисегментэктомия SII,III,IVB - 1, левосторонняя латеральная секциоэктомия - 3, правосторонняя латеральная секциоэктомия - 1, сегментэктомия SIII - 2. Экономные резекции печени (от одного до 3 сегментов) выполнены у 8 пациентов, неанатомические резекции печени (удаление от 3 до 8 очагов) - 5. Лапароскопически выполнены левосторонняя латеральная секциоэктомия - 2, лапароскопическая резекция SIII - 1. Лапароскопически-аппаратно произведены 2 лГГЭ. Билобарное поражение печени отмечалось у 29 больных. Метастазы наблюдались у 36 больных, синхронные - у 28. Синхронные операции с удалением первичной опухоли выполнены у 11 больных: низкая передняя резекция прямой кишки+бисегментэктомия SVII-VIII - 1, передняя резекция прямой кишки + трисегментэктомия SII,III,IVB - 1, правосторонняя гемиколэктомия+лГГЭ - 1, правосторонняя гемиколэктомия + неанатомические резекции печени (удаление от 3 до 8 очагов) - 5, резекция сигмовидной кишки+ левосторонняя латеральная секциоэктомия - 2, левосторонняя гемиколэктомия + резекция SIII - 1. Пятеро пациентов оперировано повторно с рецидивами мКРР. В 2-х случаях при наличии доминирующих очагов в печени и клинически незначимой первичной опухоли применена методика Liver First. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 35,9% случаях. Наиболее частыми осложнениями после больших резекций печени были реактивные плевриты - 12 (18,8%), длительное желчеистечение из раневой поверхности печени по улавливающим дренажам - 8 (12,5%), острая печеночная недостаточность - 2 (3,1%), раневая инфекция - 2 (3,1%), кровотечение из культи печени - 1 (1,6%), острая перфорация тощей кишки - 1 (1,6%). Последние 2 осложнения потребовали проведения релапаротомии - 2 (3,1%). Летальность - 1 (1,6%). Отдаленные результаты: трехлетняя выживаемость - 43%, пятилетняя - 28%. Безрецидивная выживаемость - 19%. Обсуждение: выполнение больших резекций печени (>2 сегментов) сопряжено с большим операционным риском и послеоперационных осложнений; сегменториентированные анатомические резекции

допустимы во всех случаях их абластичного выполнения, так как не снижают отдаленной выживаемости. Лечение синхронного мКРР в один этап представляется интересным, но требует большей подготовки от операционной бригады и компенсированного состояния больного, а так же эти вмешательства ограничены по объему на печени. Выводы: 1. Резекция печени является наиболее радикальным методом лечения при мКРР, позволяющим увеличить продолжительность жизни и повысить ее качество. 2. Одноэтапное хирургическое лечение при рациональном планировании не сопряжено со значимым повышением послеоперационных осложнений и летальности. 3. Лапароскопические технологии позволяют значительно снизить травматичность вмешательства, добиться выраженного снижения болевого синдрома после операции и более совместимы для протоколов ERAS.

251. Лапароскопия в лечении колоректального рака

*Алибегов Р.А. (1,2), Сергеев О.А.(1,2),
Жвйтиашвили И.Д.(2), Прохоренко Т.И.(2),
Ефимов И.А.(2).*

Смоленск

1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) "ОГБУЗ "Клиническая больница №1"

Актуальность: бурное развитие лапароскопической хирургии не могло не затронуть хирургию ободочной и прямой кишки. И уровень заболеваемости колоректальным раком (КРР) подталкивает хирургов к выполнению малоинвазивных вмешательств. Ежегодно более 1300000 человек заболевает КРР и ровно половина ежегодно умирает по этой причине. На сегодняшний день все вмешательства в онкоколопроктологии могут выполняться лапароскопически. Материалы и методы: За период 2012-2017 гг. в клинике оперировано 61 пациент по поводу КРР. Группировка по стадиям: IIA - 7, IIB - 27, IIC - 11, IIIB - 5, IIIC - 6, IVA - 5. Стандартная правосторонняя гемиколэктомия (ПГЭ) - 24, ПГЭ с ДЗ лимфодиссекцией - 6. Резекция сигмовидной кишки

- 8, левосторонняя гемиколэктомия (ЛГЭ) - 15. Тотальная мезоректумэктомия (ТМЭ) - 8. При выполнении ПГЭ использовался ручной экстракорпоральный шов, по аналогии с Portsmouth Style. При резекции левой половины и ТМЭ - аппаратный интракорпоральный шов. При передней резекции прямой кишки с ТМЭ операция всегда дополнялась декомпрессионной илеостомией. Средняя длительность операций составила: ТМЭ - 278±21 (244-323) мин., стандартная ПГЭ - 165±14 (135-212) мин., ЛГЭ - 206±17 (178-244) мин., резекция сигмовидной кишки - 180±15 (165-235) мин. Средняя кровопотеря составила 115±14 мл. Результаты. Летальность отсутствовала. Послеоперационные осложнения наблюдали в 8,2% (5) случаях. Острая перфорация тонкой кишки - 1,6% (1), подкапсульная гематома печени - 1,6% (1), раневая инфекция - 1,6% (1), ранняя послеоперационная кишечная непроходимость - 3,2% (2). Конверсия выполнена в 13,1% (8) случаях (4 случая при низкой передней резекции прямой кишки, 3 случая при ЛГЭ, 1 при ПГЭ), в 6 случаях конверсия выполнена при опухолях T4b, в 2-х случаях при выраженном спаечном процессе. Обсуждение: лапароскопические операции в хирургии КРР наиболее предпочтительны по сравнению с традиционными, так как обеспечивают соблюдение онкологических критериев операций и наделены всеми положительными качествами малоинвазивных вмешательств. Несомненным преимуществом лапароскопических операций является лучшая визуализация, что обеспечивает прецизионность оперирования и снижает кровопотерю. Выводы. Лапароскопические методики в лечении КРР позволяют снизить: травматичность, кровопотерю, сроки лечения и применение наркотических анальгетиков, что несомненно повышает качество жизни в раннем послеоперационном периоде.

252. Хирургия язвенного пилородуоденального стеноза*Марийко В.А., Романова Н.Н., Кремьянский М.А., Третьяков В.О.*

Тула

Тульская областная клиническая больница

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи медикаментозной терапии в лечении язвенной болезни, у определенной части больных развиваются осложнения, требующие хирургического лечения. Одним из проявлений неэффективности консервативной терапии является формирование пилородуоденального стеноза, который отмечается у 6-15% больных язвенной болезнью. Материалы и методы. Нами проведен анализ хирургического лечения 26 больных с язвенным пилородуоденальным стенозом в хирургическом отделении Тульской областной клинической больницы в период с 2011 по 2015 гг. Операции по поводу язвенного стеноза составили 55,3% от всех плановых операций у больных с язвенной болезнью. Средний возраст пациентов 51,5±1,8 лет. Соотношение мужчин и женщин 1:1,4. Длительный язвенный анамнез имелся у 3(11,5%) больных. Наличие перфоративной язвы или/и язвенного кровотечения в анамнезе отмечено у 6(27,1%) пациентов. Среди оперированных больных субкомпенсированный стеноз имелся у 13(50%), декомпенсированный стеноз - 11(42,3%) и сочетание стеноза и пенетрации - 2(7,7%). У большинства больных была выполнена резекция желудка по методике Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера (23-88,4%). Из-за тяжести состояния у 1 больного был сформирован гастроэнтероанастомоз, в единичных случаях были выполнены резекции желудка по методике Ру и Бильрот-1. Результаты и обсуждения. Для объективной оценки изменений, произошедших за последние 10-15 лет в хирургии язвенного пилородуоденального стеноза, сравнили полученные данные с показателями работы хирургического отделения в период с 1996 по 2000 гг. Отмечается значительное уменьшение (в 5 раз) количества выполняемых плановых операций у больных язвенной болезнью. Пилородуоденальный стеноз в обеих сравниваемых группах пациентов являлся основным показанием к плановому хирургическому лечению. Изменился гендерный состав больных, если ранее преобладали мужчины, то в исследуемой группе больше женщин.

Отмечается тенденция увеличения среднего возраста пациентов. Уменьшилась доля пациентов, в анамнезе которых имелись желудочное кровотечение или/и перфорация язвы. Больше стало пациентов с длительным язвенным анамнезом. В основной группе в 2 раза увеличилось количество больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом (42,3%,20%), но при этом сочетание стеноза и пенетрации уменьшилось в 3 раза (7,7%,30%). Характер и структура выполненных операций в сравниваемых группах существенно не отличались. На фоне стабильной тенденции сокращения средних сроков лечения в хирургическом отделении длительность послеоперационного пребывания в основной группе значительно превышает показатели контрольной группы, соответственно 16,7±1,6 к/дней и 13,4±0,8 к/дней. Послеоперационная летальность в основной группе составила 7,7%, при величине этого показателя в контрольной группе - 1,6%. Заключение. Значительное уменьшение количества операций по поводу язвенного пилородуоденального стеноза создает впечатление, что язвенную болезнь можно десятилетиями лечить консервативно. Последние годы отмечается стремление продолжать медикаментозное лечение язвенной болезни при наличии осложнений, что негативно сказывается на результатах хирургического лечения язвенного пилородуоденального стеноза.

253. Операции на внутренней сонной артерии в острой стадии ишемического инсульта*Хрипун А.И. (1), Алимов А.Н. (1), Шурыгин С.Н. (2), Пряников А.Д. (1,2), Миронков А.Б. (1,2), Асратян С.А. (2), Суряхин В.С. (2), Лолуев Р.Ю. (1)*

Москва

1 – Кафедра хирургии и эндоскопии Российского национально-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, 2. Городская клиническая больница им. В.М. Буянова

Актуальность: повторные ишемические инсульты возникают примерно у каждого пятого пациента в течение первого месяца от момента развития исходного ишемического события, при этом около

30% повторных нарушений мозгового кровообращения заканчиваются летальным исходом. Материалы и методы: анализированы результаты лечения 2 групп пациентов. В I группе (n=34) больные были оперированы в объеме каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) или стентирования внутренней сонной артерии (ВСА) в острой стадии ишемического инсульта (от 1 до 7 суток); во II группу (n=28) включены пациенты, отказавшиеся от оперативного лечения. Критериями включения в работу являлись: пациенты с «малым» инсультом в бассейне средней мозговой артерии с неврологическим дефицитом не более 3 баллов по модифицированной шкале Rankin и не более 11 баллов по шкале NIHSS; симптомный стеноз ВСА более 50%. По возрастному и половому составу, степени неврологического дефицита, размеру и количеству ишемических очагов обе группы достоверных отличий не имели. КЭЭ под регионарной анестезией в сочетании с внутривенной седацией была выполнена у 9 пациентов, еще в 15 случаях КЭЭ осуществлена под эндотрахеальным наркозом в сочетании с блоком шейного сплетения. У остальных 10 больных «высокого» хирургического риска произведено стентирование ВСА. Конечными точками работы были: повторный ишемический инсульт, летальный исход и уровень неврологического дефицита при выписке. Полученные результаты: летальных исходов в I группе отмечено не было, у 1 (2,9%) пациента после стентирования ВСА развился повторный ишемический инсульт. Во II группе повторные ишемические инсульты имели место у 5 пациентов (17,9% против 2,9%, $p=0,001$), в одном случае он послужил причиной летального исхода (3,6% против 0%, $p=0,06$). Средние сроки возникновения повторного острого нарушения мозгового кровообращения во II группе составили $7,8 \pm 5,4$ суток. Средний балл неврологического статуса по NIHSS в I группе при выписке составил 1,4; а во II группе — 2,6 балла ($p=0,55$). Отмечено одно раневое осложнение в I группе: гематома послеоперационной раны, потребовавшая ее ревизии. У 2 пациентов во время стентирования ВСА отмечено развитие транзиторной ишемической атаки в бассейне оперированной артерии, полностью купировавшиеся после удаления устройства дистальной церебральной защиты. Неврологический дефицит отсутствовал (0 баллов по NIHSS) у 13 (38,2%) больных I группы, во II группе такой пациент был 1 (3,6%, $p<0,001$). Обсуждение: высокая частота повторных внутригоспитальных ишемических инсультов, сопровождающихся более глубокой инвалидизацией и высокой летальностью, делает проблему «ранних» операций на

симптомных стенозах ВСА крайне актуальной. В современных отечественных и зарубежных рекомендациях, сроки выполнения операций после «малых» инсультов указаны как 2 недели. В большинстве статей, имеется значительный временной разброс (от 1 суток до 21 дня) выполнения оперативных пособий в острой стадии инсульта. В данной работе продемонстрировано, что операции в более сжатые и однородные сроки (1-7 суток) в различном объеме и различного характера (КЭЭ или стентирование ВСА) позволяют в острой стадии инсульта не только эффективно предупреждать повторные ишемические события, но и у почти половины пациентов добиваться полного регресса неврологического дефицита, имевшегося при поступлении. Выводы и рекомендации: строгий отбор пациентов для оперативного лечения в острой стадии инсульта, определение характера и объема операции на основании уровня исходного неврологического дефицита, тяжести сопутствующих заболеваний, размеров ишемического очага позволяет выполнять эффективную профилактику повторных ишемических инсультов на внутригоспитальном этапе; а в большинстве случаев улучшать или полностью купировать чувствительный и двигательный дефицит. Необходим дальнейший набор клинического материала.

254. Ближайшие результаты лечения больных с полными дефектами стенки пищевода методом эндоскопической вакуумной терапии

*Кулиш П.А., Быков М.И., Таран А.А., Вагин И.В.,
Лицишин В.Я., Попов А.Ю.*

Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт -
Краевая клиническая больница №1 им. проф.
С.В. Очаповского»

Введение. При перфорациях пищевода смертность, по данным ряда авторов, достигает 20-80%. Это связано с быстрым развитием гнойных осложнений, при которых лечение данных больных плохо управляемо и прогностически непредсказуемо. При этом традиционное закрытие дефекта при гнойных

осложнениях зачастую обречено на несостоятельность. Радикальная резекция пищевода часто опасна в связи с крайне тяжелым состоянием больных. В связи с этим, наше внимание привлек метод эндоскопической вакуумной терапии (endoscopic vacuum therapy), первые положительные сообщения о которой отмечены около 10 лет назад. Учитывая отсутствие отечественных публикаций к началу апробации данного метода, за основу был взят зарубежный опыт, с некоторыми усовершенствованиями. Материалы и методы. Диагноз перфорации пищевода подтверждался данными ФГДС, КТ. В основе метода лежит принцип вакуумной терапии для лечения ран. Моделируется и формируется поролоновая губка в форме цилиндра диаметром 2-3 см и длиной 5-10 см с трубкой в центре для подачи вакуума. Данная система проводилась под ИВЛ и устанавливалась к дефекту под контролем эндоскопа. Питание больного осуществлялась по гастростоме (еюностоме) или по назо-дуоденальному зонду, установленному параллельно вакуумной системе. По трубке подавался постоянный вакуум в 125 мм.рт.ст. Вакуумная система менялась 2-3 раза в неделю. Все пациенты за время проведения терапии находились в условиях АРО. При явлениях гнойного медиастинита и эмпиемы плевры лечение дополнялось санационными видеоторакоскопиями с дренированием средостения и плевральных полостей. Результаты. С октября 2014 г. по январь 2018 г. лечению данной методике подверглось 27 пациентов в возрасте от 34 до 88 лет, средний возраст 63,7 года. Распределение больных по виду перфорации следующее: Перфорации пищевода инородным телом – 9 больных, - у всех отмечено полное заживление дефектов. Среднее время эндоскопической вакуумной терапии (М) 6 суток. Ятрогенные перфорации пищевода при бужировании рубцовых стриктур - 2 больных, полное заживление дефектов, М=7 сут. Несостоятельность эзофагоэнтероанастомоза – 4 пациентов. Полное заживление несостоятельности у всех больных, М=19 сут. 1 больной умер через неделю после заживления от острого коронарного синдрома Синдром Бурхаве - 4 больных. Полное заживление в 2 случаях, М=26 сут. У 1 больного отмечалось неполное заживление с формированием наружного пищеводно-плеврального свища. Одному пациенту в связи с отсутствием положительной динамики в заживлении в течении 2-х недель, выполнена резекция пищевода. Пищеводно-плевральные свищи (перфорации) после пневмонэктомии с лимфодиссекцией – 6 больных. Полное заживление

отмечено в 2 случаях (М=29 суток). У двух сформированы отграниченные наружные пищеводно-плевральные свищи. Остальные двое больных, несмотря на положительную динамику в заживлении дефектов, умерли от нарастающей пневмонии единственного легкого. Хронические наружные пищеводные свищи области шеи – 2 случая, - эффекта не получено в течении 14 дней терапии; больным применена традиционная хирургия с положительным результатом. При анализе результатов отмечена наибольшая эффективность данной методики при ранних сроках применения (1-2 сут). Удовлетворительный результат получен и при гнойных осложнениях, когда, если не удавалось полностью закрыть дефект, то формировались отграниченные наружные пищеводно-плевральные свищи с длительными сроками закрытия. Кроме того при гнойных осложнениях важным являлось то, что вакуумная терапия останавливала прогрессирование сепсиса и септического шока. Смертность составила 11,5% за счет прогрессирования медиастинита, полиорганной недостаточности. Выводы: Методика эндоскопической вакуумной терапии безопасна, достаточно эффективна и малобюджетна. Она позволяет существенно уменьшить риск прогрессирования тяжёлых гнойных осложнений при перфорациях пищевода, минимизировать количество обширных и многоэтапных реконструктивных операций, а также сохранить пищевод, что определяет дальнейшее качество жизни пациента.

255. Роль эндоскопического стентирования главного панкреатического протока (ГПП) при остром панкреатите

*Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Ивлев В.П.,
Свитина К.А., Шитиков Е.А.*

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, «ГКБ им.
С. И. Спасокукоцкого ДЗ г. Москвы»

Актуальность темы: За последние десятилетия острый панкреатит продолжает занимать одно из лидирующих положений в неотложной

абдоминальной хирургии. В патогенезе ведущее место занимает острое развитие гипертензии в протоковой системе поджелудочной железы, разрыв протока, образование внутреннего панкреатического свища и аутолиз. Цель исследования. Оценить эффективность снижения внутрипротоковой гипертензии поджелудочной железы и его роль в «обрыве» каскада патологических реакций, путем эндоскопического стентирования главного панкреатического протока. Материалы и методы. В отделении эндоскопии ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ» за период 2014-2017 гг. было выполнено 129 эндоскопических вмешательств пациентам с острым панкреатитом. Мужчин было 80 (62%), женщин 43 (38%). Распределение пациентов по возрасту: 30-49 лет – 45 (35%), 50-79 лет – 71 (55%), старше 79 лет – 13 (10%). У 33 (25,6%) больных был алиментарный панкреатит, у 96 (74,4%) - билиарный, из которых у 64 был выявлен холецисто- и холедохолитиаз, у 32 больных – сочетание стриктуры терминального отдела холедоха, холедохо- и холецистолитиаза. У всех 129 пациентов по срочным показаниям в течение 24-48 часов с момента поступления после выполнения КТ с болюсным контрастным усилением и УЗИ брюшной полости, были выставлены показания к проведению эндоскопического ретроградного вмешательства. Критериями отбора больных к эндоскопическому вмешательству служили: средне-тяжелая и тяжелая формы острого панкреатита (по Арасхе II), отсутствие эффективности проводимой консервативной терапии в условиях отделения интенсивной терапии в течение 12 часов, продолжительность заболевания менее 72 часов, отсутствие явных КТ-признаков деструкции поджелудочной железы, амилаземия более 1000 ЕД. У больных 17 из-за выраженной деформации и стриктуры ГПП, при успешной канюляции терминального отдела панкреатического протока, стентирование не было выполнено. Манипуляция завершилась декомпрессионной вирсунготомией. В 120 наблюдениях после успешной канюляции панкреатического протока, произведена установка пластикового полипропиленового стента диаметром 5Fr (34), 7Fr (68) и 8,5Fr (18) длиной 3-5см в ГПП. В 34 наблюдениях при остром билиарном панкреатите наряду с декомпрессией главного панкреатического протока выполнялась ревизия холедоха, завершенная эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией. В 9 наблюдениях, при сопутствующем гнойном холангите, был установлен назобилиарный дренаж, у 14 пациентов выполнена установка пластикового стента, в 5 наблюдениях назобилиарный дренаж в

течение недели был заменен на пластиковый стент. При этом комплексная медикаментозная терапия включала в себя назначение высоких доз Октреатида (600 - 1200 мкг в сутки), инфузионную, дезинтоксикационную, антисекреторную и антибактериальную терапию, обезболивание, передуральная анестезия. У 32 пациентов с выраженной токсемией (более 15 баллов по АРАСНЕ - II) проведены сеансы вено-венозной ультрагемофильтрации. Всем пациентам с острым панкреатитом средней и тяжелой степени выполнялось назоэнтеральное дренирование с целью продленного энтерального лаважа и нутриционной поддержки. Результаты. В течение первых двух суток после проведенного эндоскопического лечения методом стентирования главного панкреатического протока у 118 больных отмечена клинически значимая положительная динамика, выражающаяся в уменьшении или полном купировании болевого синдрома, снижении уровня токсемии и α -амилазы до нормальных значений. При УЗИ органов брюшной полости и КТ с болюсным контрастным усилением, в динамике, на 5 и 7 суткам, отмечено: уменьшение отека паренхимы поджелудочной железы и нормализацией ее эхогенности. На 7-10 сутки после улучшения состояния, производилось удаление стента и пациенты в удовлетворительном состоянии были выписаны на 7-10-12 сутки. У 7 больных после стентирования ГПП в течение 7-10 суток отмечено улучшение состояния, однако при динамическом обследовании были выявлены ограниченные жидкостные скопления в области тела и головки поджелудочной железы, наличие краевого панкреонекроза, забрюшинная инфильтрация. Им были проведены лапароскопические и сонографические санации и продолжена интенсивная консервативная терапия, инфицирование наступило у 10 (7,7%). Умерло 6 (4,6%) пациента из 129. От панкреатического шока умерло 2 и 2 от панкреатогенного сепсиса. Выводы. Эндоскопическое стентирование ГПП позволяет восстановить отток панкреатического секрета, тем самым резко снизить давление в протоковой системе поджелудочной железы, что в свою очередь, на фоне комплексного лечения острого панкреатита, позволяет осуществить «обрыв» каскада патофизиологических реакций и значительном количестве наблюдений избежать некроза поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки и инфицирования.

256. Проблемы и пути решения критической ишемии и осложнений синдрома диабетической стопы

М.Д. Дибиров, Р.У. Гаджимурадов

Москва

МГМСУ имени А.И. Евдокимова

Критическая ишемия нижних конечностей при атеросклерозе (III-IV степень по Покровскому-Фонтэйну) и гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы (СДС), являются основными причинами высоких ампутаций, тяжелой инвалидности и летальности. На современном этапе развития фармакологии и реконструктивной хирургии артерий при адекватном и своевременном их применении возможно предотвратить более половины запланированных высоких ампутаций на бедре или же перевести уровень ампутации на голень или стопу. Основные проблемы при критической ишемии и гнойно-некротических осложнениях СДС: 1. распространенность и тяжесть окклюзионно-стенотического процесса, плохие пути оттока и перетока по коллатералям на бедре, голени и стопе; 2. сопутствующая тяжелая патология; 3. тяжелая интоксикация; 4. не ограниченная инфекция в области трофических изменений; 5. быстрое развитие полиорганных дисфункций и сепсиса при сахарном диабете; 6. медиакальциноз артерий при сахарном диабете; 7. отсутствие четкого и регулярного диспансерного наблюдения; 8. Поздняя госпитализация в специализированный сосудистый стационар; При критической ишемии и синдроме диабетической стопа применяется комплексный и индивидуальный подход, включающий интенсивную консервативную терапию на предоперационном периоде, оперативное лечение (прямая реваскуляризация путем шунтирования или стентирования, нестандартные и паллиативные вмешательства), адекватное послеоперационное и противорецидивное лечение дезагрегантами (аспирин, клопидогрел, тиклид), ангиопротекторами (пентоксифиллин, тиклопидин), вазодилататоры (цилостазол), простогландины (вазопростан, алпростадил), антигипоксанты и тканевые репаранты (актовегин), эндотелиопротекторы (сулодексид), антикоагулянты и иммуностимуляторы. При наличии гнойной инфекции на фоне активной местной терапии наиболее часто проводят антибактериальную

терапию, направленную на подавление смешанной (аэробной и анаэробной) флоры, которая наблюдается у 85-88%. Наибольшей эффективностью при смешанной флоре имеет карбапенемы, фторхинолоны и цефалоспорины 2-3 порядка с метронидазолом. Золотом стандартом обследования для выбора оперативного лечения являются: ультразвуковое дуплексное сканирование и ангиография, которые должны быть выполнены у всех пациентов с критической ишемией и угрозой ампутации. Из 150 больных с критической ишемией на почве атеросклеротических поражений, 104 больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, которым выполнены оперативные вмешательства удалось спасти конечность у 130(86%) и 78(75%) соответственно. Таким образом, адекватная консервативная терапия и своевременно выполненная коррекция магистрального кровотока позволяют спасти конечность у большинства больных с критической ишемией и осложнениями диабетической стопы.

257. Эндоскопические технологии в лечении острого деструктивного панкреатита

*Рыбаков Г.С., Ивлев В.П., Шихахмедов Р.М.,
Нурбагомедов М.С.*

Москва

МГМСУ им.А.И. Евдокимова

Актуальность проблемы обусловлена ростом числа больных, осложнений и летальности. Цель исследования обусловлена необходимостью широкого использования миниинвазивных и эндоскопических технологий. Материал и методы: Проведен анализ лечения 531 больного острым деструктивным панкреатитом средней и тяжелой степени за 10 лет. В основной группе-258(48,6%)больных. Анализ наблюдений и лечение проводилось согласно приказа ДЗ Москвы и клинических рекомендаций РОХ (2014). В последние пять лет (основная группа n-258), лечение проводилось использованием видеолапароскопии и эндоскопического стентирования общего желчного и главного панкреатического протоков (ГПП) в контрольной

группе-273(51,4%) пациента. Алкогольно-алиментарный панкреатит в основной группе - 183 больных, в контрольной - 158; Билиарный в основной группе 75 больных, в контрольной 115. Тяжесть состояния определяли по APACHE 11, органные дисфункции по шкале SOFA. Лечение проведено в условиях отделения реанимации. Алгоритм лечения включал коррекцию энзимной токсемии(октреотид по 0,03-0,06х2раза в сутки,), раннюю ликвидацию пареза ЖКТ(назоинтестинальное стентирование при выполнении первой ЭГДС и проведение круглосуточного лаважа МЭР, круглосуточное перидуральное обезболивание через катетер), инфузионную детоксикационную терапию с форсированным диурезом, экстракорпоральную детоксикацию и гемодиализ по показаниям. В обеих группах при билиарном панкреатите выполняли РХПГ, ЭПСТ, литоэкстракцию. В основной группе, в последние пять лет, внедрены эндоскопические методы стентирования ГПП. При билиарном панкреатите стентирование общего желчного протока и ГПП, при алиментарном ГПП протока. Показанием к стентированию считали выраженный болевой синдром в верхней половине живота, ферментная токсемия(амилиза крови более 1000ед), билиарная гипертензия(билирубин более 30ед). При наличии острых жидкостных скоплений выполняли их дренирование под контролем УЗИ. При наличии полисерозита со скоплением жидкости более 500мл в брюшной полости и сальниковой сумке , в основной группе выполняли видеолапароскопию с санацией сальниковой сумки и брюшной полости. При парапанкреатическом инфицировании вскрывали сальниковую сумку и параколон по флангам с дренированием для оттока экссудата или проточного промывания. Повторные санации выполнялись по требованию . В контрольной группе использованы малоинвазивные вмешательства , в виде мини-доступа. Производилась минилапаротомия, вскрытие сальниковой сумки, марсупиализация, санация, тампонирование и дренирование. Вскрытие забрюшинного пространства из мини-доступа по краю XII ребра с формированием ретроперитонеостомы и дренирования для проточного промывания. Всем больным с лапаро - и ретроперитонеостомами производили программные санации всех зон панкреатогенной деструкции в зависимости от тяжести состояния через 24-72 часа. Результаты: Консервативное лечение в обеих группах проведено по имеющемуся алгоритму в отделении реанимации, о чем указано выше. В основной группе видеолапароскопия использована как метод лечения. Стентирование

общего желчного протока при билиарном панкреатите выполнено в 73(97,3%) случаях, в 2-х случаях не удалось выполнить из-за имевшегося дивертикула БДС. Стентирование ГПП протока у 47(56,6%). У 3 было выполнено одномоментное стентирование общего желчного и ГПП. Осложнения в основной группе развились у 7(2,7%)больных. Кровотечение из инфильтрированных тканей парапанкреатической клетчатки отмечены у 3. У 2-х выполнена повторная лапароскопия, ревизия тканей остановка кровотечения прошиванием. В одном случае пришлось выполнить конверсию. При лапаротомии выявлено инфицирование забрюшинной клетчатки и аррозивное кровотечение, остановлено прошиванием. После ЭПСТ в основной группе имелось кровотечение в 2-х случаях, остановлено консервативно. У 2-х больных имелось повреждение дистального отдела холедоха с микроперфорацией 12-ти перстной кишки. Выполнено ЭРХПГ и стентирование холедоха покрытым стентом, что позволило избежать прогрессирования осложнения и развития забрюшинной флегмоны. Умерло в основной группе 11(4,3%) больных, на фоне панкреатогенного шока развившегося до госпитализации (2 больных), и панкреатогенного сепсиса и СПОН на фоне гнойно-некротического ПН. В контрольной группе больных (158 больных), которым выполнена лапаротомия через мини-доступ осложнения развились у 19(12,0%) больных. Кровотечение из аррозированных сосудов у 15(9,5%) пациентов, толстокишечный свищ 3(1,9%) больных, тонкокишечный свищ 1(0,6%). Умерло 32(11,7%) пациента от полиорганной недостаточности на фоне панкреатогенного сепсиса. Выводы: Широкое использование лечебной видеолапароскопии и эндоскопического стентирования общего желчного и Вирсунгианова протоков позволяет снизить осложнения и летальность на 35%.

258. Мультидисциплинарный подход в лечении рефрактерных язвенных гастроудоденальных кровотечений

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

Москва

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

Актуальность: Рецидивные язвенные кровотечения бесспорно занимают лидирующее место в структуре смертности от осложненных форм язвенной болезни. Тактические аспекты остановки рецидивных геморрагий, источником которых являются хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки остаются в центре дискуссий практикующих хирургов. Материал и методы: Дизайн исследования предполагал программу лечения, соответствующую принципам и стандартам, изложенным в Национальных клинических рекомендациях по язвенным гастроудоденальным кровотечениям (НКР) принятым в г. Воронеж в 2014 г. Всего в исследование было включено 1 530 больных, источником кровотечения у которых являлись хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика на этапе поступления для всех больных предполагала проведение экстренной ЭГДС. Следует отметить, что с целью гемостаза при активном кровотечении (Forrest IA/B) и профилактики рецидива кровотечения (Forrest 2A/B) применялась рекомендованная в рамках НКР комбинация методов эндоскопического гемостаза, включавшая инъекционную методику совместно с аргонноплазменной коагуляцией или наложением клипсы на кровоточащий сосуд. Программа медикаментозного лечения включала назначение препарата Омепразол в рекомендованной дозировке (160мг в виде внутривенной болюсной инфузии, с дальнейшим введением на инфузомате в дозировке 8 мг/ч. на протяжении трех суток, далее фракционно) и эрадикацию *Helicobacter Pylori* средствами первого ряда (Амоксициллин и Кларитромицин). ЭГДС в динамике проводили в течение первых суток при условии неустойчивого эндоскопического гемостаза, а также недостаточном первичном осмотре и при возникновении рецидива геморрагии. Тактика ведения больных с рецидивом геморрагии

включала повторный эндоскопический гемостаз, эндоваскулярные вмешательства или экстренную операцию и в большинстве случаев определялась эмпирически. Полученные результаты: Показатель общей летальности в группе составил 1.9%, послеоперационной - 15.4%, летальность в группе консервативного лечения - 1.5%. Хирургическая активность составила - 3.4%. В первые сутки пребывания в стационаре рецидив кровотечения был отмечен у 108 (7.1%) пациентов. Возможной причиной возникновения рецидива у большинства пациентов стало неполное соблюдение рекомендаций НКР. Повторный эндоскопический гемостаз оказался эффективен для 82 больных (76%) и потребовал применения дополнительных гемостатических методов, в том числе диатермокоагуляции, Endo Clot, Hemo-spray). У остальных 26 пациентов вновь развился рецидив кровотечения; повторно гемостаз был выполнен в 18 случаев, а в 3 случаях проведена транс-артериальная эмболизация. Ввиду неэффективности эндоскопических и медикаментозных методов остановки кровотечения было оперировано 17 больных, при этом послеоперационная летальность составила 29.4%. Общая летальность в группе с рецидивным язвенным кровотечением оказалась на уровне 11.1% (умерло 12 пациентов). Обсуждение и выводы: Исходя из результатов исследования, следует сделать вывод, что повторное использование эндоскопических и эндоваскулярных методов остановки кровотечения при впервые возникшем рецидиве язвенного кровотечения позволяют избежать оперативного вмешательства у 84% пациентов. Повторный рецидив кровотечения диктует необходимость индивидуального тактического подхода, однако промедление с выполнением хирургического лечения ведет к значительному росту летальности.

259. Между двух огней: лечение тяжелых форм распространенного гнойного перитонита

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

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2. ГКБ им.
Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы

Актуальность работы. Почти два десятилетия в мировой литературе не утихают споры относительно режимов оперативного лечения при тяжелых формах распространенного гнойного перитонита (РГП). С сопоставимыми уровнями доказательности конкурируют работы, доказывающие преимущества релапаротомий «по программе» и «по требованию». Вместе с тем, новая концепция Сепсис-3 (J-L. Vincent et al. 2013, M. Singer, C.S. Deutschman et al. 2016) и активное внедрение в повседневную практику метода вакуум-ассистированной лапаростомы (ВАЛС) позволяют по-новому взглянуть на эту проблему. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных РГП, у которых в качестве первичного вмешательства выполнялась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формирование лапаростомы и последующие релапаротомии «по программе». Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП>29), критериев q-SOFA и Сепсис-3 (у всех больных констатирован абдоминальный сепсис), шкалы оценки органной недостаточности SOFA и прокальцитонинового теста. Результаты лечения больных оценивались по следующим показателям: летальность, средний койко-день и динамика органной недостаточности по шкале SOFA. Далее в когорте исследуемых больных были выделены следующие группы. Группа I – 5 больных, у которых по истечении 72 часов от момента первого вмешательства переходили на методику ВАЛС в различных модификациях [Ab-Thera (KCI), ABRA («якорные») системы]. Группа II – 5 больных с «полукрытым» методом лапаротомии и группа III – 8 больных с «полузакрытым» типом традиционной лапаростомы и пассивным дренированием экссудата из брюшной полости. Результаты. Общая летальность в исследовании составила 44,4% (8 больных). Летальность в группе I составила 20% (1 больной), летальность в группе II составила 40% (2 больных), а в группе III

(«полузакрытый» метод) – 62,5% (5 больных). В группе III трем умершим пациентам вообще не удалось закрыть лапаростому, а плановые релапаротомии, выполненные спустя 72 часа после первого вмешательства у этих больных не выявили существенной динамики в течении перитонита. Разница результатов лечения в группах по совокупности трех показателей оказалась достоверной (U-критерий Вилкоксона-Уитни-Мана). Обсуждение. Анализ результатов исследования убедительно показал преимущество ВАЛС и метода «открытого живота» («open abdomen») в лечении наиболее тяжелой формы РГП – третичного перитонита. Таким образом, эволюция хирургического лечения РГП в свете современной теории абдоминального сепсиса заключается в поиске методов, которые сочетают в себе одновременно возможность максимально эффективной аспирации экссудата из брюшной полости и ее санации, с другой стороны, позволяют минимизировать частоту и объем хирургического вмешательства при РГП, в частности, за счет использования ABRA системы. Выводы и рекомендации. При тяжелых формах РГП, сопровождающихся сепсисом и септическим шоком целесообразно прекращение санаций брюшной полости в классическом «пассивном» исполнении и, по возможности, раннее применение методики вакуумной аспирации в рамках концепции «open abdomen».

260. Эволюция взглядов на диагностику висцеральных повреждений при закрытой абдоминальной травме

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

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2. ГКБ им.
Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы

Актуальность работы. За последнее десятилетие в мировой клинической практике прочно обосновался алгоритм диагностики повреждений при закрытой травме живота, основанный на скрининге пострадавших при поступлении на

основании FAST протокола, оценки состояния гемодинамики (стабильные и нестабильные больные) и дальнейшего лечения больных в рамках концепции «damage control». Предметом дискуссии являлось обсуждение тактики лечения больных в зависимости от количества жидкости в брюшной полости, определяемой по УЗИ (Багненко С.Ф., 2006, Щеголев А.А. 2007). За последние же годы отмечена отчетливая тенденция к стремлению стратификации больных на основании МСКТ с болюсным контрастированием, особенно в режиме КТ-ангиографии. Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 13 больных с закрытой изолированной и сочетанной абдоминальной травмой, у которых по данным УЗИ регистрировалось незначительное или умеренное количество жидкости в брюшной полости по оригинальной методике (Щеголев А.А. и др. 2016). Критериями исключения были повреждения паренхиматозных органов по данным КТ-ангиографии, переломы костей таза типов В, С и наличие забрюшинной гематомы, а также нестабильность гемодинамики. Рандомизация больных по полу, возрасту и тяжести травмы не производилась исходя из сути предстоящего исследования. У 2 больных по данным МСКТ было диагностировано наличие минимального количества свободного газа в брюшной полости, что явилось основанием для лапаротомии. На операции диагностированы повреждения тонкой кишки 3 и 4 степени по AAST. У одного больного изначально была выбрана консервативная тактика лечения, однако по истечении первых суток у больного нарасла перитонеальная симптоматика, в связи с чем была выполнена лапароскопия, на которой диагностирована травма тонкой кишки 2 степени и распространенный гнойный перитонит, выполнена конверсия, резекция тонкой кишки, лапаростомия. После второй программной санации брюшная полость ушита. Послеоперационный период далее протекал без осложнений – выздоровление. Еще 3 больным проведено консервативное лечение с полным выздоровлением. Еще 7 больным выполнена лапароскопия; у 4 из них диагностированы разрывы брыжеек тонкой и толстой кишки, у 1 – разрыв диафрагмы и у 2 пациентов источников кровотечения выявлено не было. У 1 пациента в раннем послеоперационном периоде диагностирована травма поджелудочной железы и посттравматический панкреатит (МСКТ, МР-холангиография), пролечен консервативно. Результаты. Чувствительность МСКТ в отношении повреждения полых органов в исследовании составила 66,7%, ложноположительных результатов не зарегистрировано. В силу малого количества

наблюдений другие характеристики диагностической ценности МСКТ для верификации травмы полых органов не исследованы. Эффективность консервативного лечения больных в исследовании составила 75%. В группе больных, у которых выполнена лапароскопия, чувствительность к повреждениям составила 83,3%. Наконец, ретроспективно определена доля больных, которых в этой группе потенциально можно было лечить консервативно – 72,7%. Летальных исходов в исследовании не отмечено. Обсуждение. Анализ результатов исследования позволил выявить некоторые тенденции в диагностике висцеральных повреждений при ЗАТ: во-первых, довольно высокую ценность диагностики травмы полых органов по данным МСКТ; во-вторых, сужение показаний к диагностической лапароскопии, ввиду улучшения разрешающей способности лучевых методов диагностики. Выводы и рекомендации. Результаты исследования ввиду малого количества наблюдений требуют дальнейшего накопления материала, но отмеченные тенденции позволяют рекомендовать МСКТ с болюсным контрастированием для диагностики травм полых органов. Показания к диагностической лапароскопии при наличии свободной жидкости по данным УЗИ должны быть ограничены и детализированы.

261. Результаты хирургической помощи больным с колоректальным раком

*Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Зимин Ю.И.,
Баулин В.А., Баулина О.А.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
им. профессора Н.А.Баулина ПИУВ – филиал
РМАНПО. Областной онкологический диспансер

Введение. Заболеваемость раком ободочной кишки неуклонно растет во всем мире. В 2015г. в России выявлено 68064 новых случаев злокачественных новообразований колоректальной локализации (рак ободочной кишки - 39085 и прямой - 28979), что составило в общей структуре онкологической заболеваемости 11,5%. По данным разных авторов

частота несостоятельности колоректальных и колоанальных анастомозов остается высокой и достигает до 45%. Послеоперационная летальность при этом достигает 40%, а сроки лечения удлиняются в 2-3 раза. Материалы и методы. В отделении пролечено 826 пациента, которым выполнено в том числе 244 комбинированных операций. Нами проанализированы результаты хирургического лечения коло-ректального рака у 826 пациентов за 2014 - 2016 гг. с первичным формированием анастомоза. Проводились следующие операции: правосторонняя гемиколонэктомия – 205 (осложнений – 20); гемиколонэктомия слева – 54 (9); резекция сигмовидной кишки 191 (18); резекция прямой кишки 248 (19); закрытие колостомы 90 (16); субтотальная колэктомия 15 (2); резекция поперечной ободочной кишки 10 (2); обходные анастомозы 13 (2). Результаты и обсуждение. Среди 826 пациентов после хирургического лечение послеоперационные осложнения развились у 88 пациента, что составило 10,65%, наиболее тяжелое осложнение - несостоятельность анастомоза отмечена у 36. После резекции прямой кишки несостоятельность анастомоза возникла у 13 пациентов (36,1%). Несостоятельность анастомоза после правосторонней гемиколонэктомии выявлена у 7 пациентов (19,4%). Резекция сигмовидной кишки осложнилась несостоятельностью анастомоза у 5 больных (13,9%). При закрытии превентивной колостомы несостоятельность развилась у 7 пациентов (19,4%). После левосторонней гемиколонэктомии у 2 больных и при формировании обходного илеотрансверзоанастомоза у 1 пациента выявлена несостоятельность (5,6% и 2,8%). Процент несостоятельности кишечных анастомозов составил 4,36% (36). Тактический подход в решении вопроса несостоятельности анастомоза обуславливался многими факторами, в частности, размером дефекта, степенью тяжести пациента, распространенностью перитонита и уровнем формирования анастомоза. При ограниченном характере процесса воспаления брюшины у 6 больных выполнялось ушивание зоны несостоятельности, санация брюшной полости, одному пациенту на 4 сутки потребовалось повторное ушивание в связи с рецидивом несостоятельности. Релапаротомия, ушивание перфорации анастомоза с наложением превентивной трансверзостомы потребовалась у 6 больных. Разобщение анастомоза с ушиванием дистального отдела и выведением одностовольной колостомы выполнено у 18 больных. При адекватном наружном дренировании зоны

несостоятельности у 5 больных выполнялось промывание через инжекторный дренаж. Послеоперационная летальность при развитии несостоятельности анастомоза составила 11,1% (4 из 36). Отмечено существенное увеличение показателя послеоперационной летальности в группе, где выполнено разобщение анастомоза с выведением концевой стомы 22,2% (4 из 18). Анализ сроков госпитализации показал их удлинение с 19,3 до 36,1 дней. Вывод. Необходимо улучшать технику наложения анастомозов, вырабатывать показания для превентивных мероприятий, проводить профилактику и совершенствовать технологию лечения несостоятельности.

262. Восстановительные операции у пациентов с толстокишечной стомой

Ильканич А.Я. (1,2), Воронин Ю.С. (1,2)

Сургут

1) ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» 2) БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут

Выбор оптимального метода восстановительной операции у пациентов с колостомами остаётся предметом научных дискуссий. В течение последних трёх десятилетий в клинической практике успешно применяются видеоассистированные восстановительные операции. При явных преимуществах роль и место такого вида вмешательств изучена в неполной мере. Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов лечения пациентов с толстокишечными стомами при использовании различных хирургических технологий. Материалы и методы. На основании ретроспективного одноцентрового нерандомизированного исследования проведена сравнительная оценка результатов лечения 75 пациентов с толстокишечными стомами за период 2012 - 17 гг. Поводом к наложению толстокишечной стомы стали злокачественные новообразования – у 45 (60,0%) больных. У 16 (21,3%) пациентов наложение стомы было связано с травматическим (в том числе ятрогенным) повреждением кишечника В 6 (8,0%)

случаях причиной стала дивертикулярная болезнь и ее осложнения, в 3 (4,0%) – осложнения urgentной хирургической патологии, в 2 (2,7%) – осложнения гинекологической патологии и заворот долихоколон. У 1 (1,3%) пациента толстокишечный свищ сформирован по причине осложнённого течения болезни Крона. Сигмостомы были сформированы – у 50 (66,7%) больных, трансверзостомы – у 14 (18,7%), десцендостомы – у 8 (10,7%), асцендостомы – у 2 (2,7%) и цекостома – у 1 (1,3%) пациента. Средняя длительность ношения кишечного свища составила $45,6 \pm 88,0$ недель. Выбор хирургического доступа определялся характером исходного заболевания, типом колостомы, тяжестью сопутствующей патологии. Всем 75 (100%) пациентам выполнены восстановительные операции с ликвидацией колостомы и восстановлением непрерывности кишечника. 57 (76,0%) больных с концевыми толстокишечными стомами оперированы в 30 (40,0%) случаях открытым и в 27 (36,0%) - видео-ассистированным способом. 16 (21,3%) пациентам с петлевыми колостомами и 2 (2,7%) – с пристеночными восстановительное вмешательство было выполнено из локального доступа. Оценка результатов лечения пациентов с толстокишечными стомами проводилась по данным клинической картины, результатам лабораторных и инструментальных методов исследования. Расчёт и анализ произведен с помощью программы Microsoft Office Excel 2007. Результаты и их обсуждение. Попытка выполнения видеоассистированной операции предпринята у 37 человек. При этом - у 10 (13,3%) потребовалась конверсия в лапаротомию из-за массивного спаечного процесса. Лапаротомия из локального доступа произведена – у 18 (24,0%) пациентов. Продолжительность видеоассистированных операций составила в среднем $115,1 \pm 54,7$ минут. Операции из локального доступа длились в среднем $110,9 \pm 52,3$ минуты, открытые – $111,6 \pm 52,2$ минуты. Осложнённое течение послеоперационного периода отмечено у 17 (22,7%) пациентов. В группе пациентов, оперированных открытым доступом осложнения зафиксированы - у 10 (13,3%) человек: серомы послеоперационной раны – у 3 (4,0%), кровотечение из послеоперационной раны – у 2 (2,7%), частичная несостоятельность межкишечного анастомоза - у 2 (2,7%), ранняя спаечная кишечная непроходимость - у 2 (2,7%), нагноение послеоперационной раны – у 1 (1,3%) оперированного. Продолжительность госпитализации в этой группе составила $14,6 \pm 7,7$ дней. 3 (4,0%) осложнения интра- и послеоперационного периода наблюдались в

группе пациентов, которым выполнено видеоассистированное вмешательство. Интраоперационно при выделении культи прямой кишки десерозирована тонкая кишка - у 1 (1,3%) больного. В послеоперационном периоде частичная несостоятельность толстокишечного анастомоза - у 1 (1,3%) пациента, ранняя спаечная кишечная непроходимость - у 1 (1,3%) оперированного. Средняя длительность госпитализации в этой группе составила $9,0 \pm 7,8$ дней. Среди больных, которым выполнена лапаротомия из локального косопоперечного доступа отмечены 4 (5,3%) осложнения: интраоперационное повреждение толстой кишки в одном (1,3%) наблюдении, острая спаечная кишечная непроходимость – у 1 (1,3%). 1 (1,3%) наблюдение кровотечения из послеоперационной раны и 1 (1,3%) частичная несостоятельность межкишечного анастомоза. Длительность пребывания в стационаре составила $10,1 \pm 7,7$ дней. Летальных исходов не было. Заключение: несмотря на большую продолжительность видеоассистированных восстановительных операций, они имеют ряд преимуществ: сокращение числа послеоперационных осложнений и уменьшение периода пребывания в стационаре.

263. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Гильфанов А.Р.

Уфа

БГМУ

Актуальность. Основной причиной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является инфицирование человека *Helicobacter pylori*, который обволакивает слизистую оболочку этих органов. Незамисимо от стадии заболевания основным в лечении язвенной болезни является антихеликобактерная терапия. Существующие схемы эрадикации *Helicobacter pylori* включают сочетание нескольких антибиотиков и ингибиторов протонной помпы, проводятся в течение 7 - 14 дней. Подобные схемы лечения имеют ряд недостатков. В связи с этим наиболее адекватным и

перспективным является использование эндоскопических методов в сочетании с местным лекарственным воздействием, т.е. доставка препаратов в очаг заболевания в желудке или двенадцатиперстной кишке. Штаммы *Helicobacter pylori* приобрели устойчивость к антимикробным препаратам, используемым в традиционных схемах антихеликобактерной терапии и по данным литературы их количество неуклонно растет. Одним из способов для преодоления антибиотикоустойчивости является антимикробная фотодинамическая терапия. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – это часть фототерапии, при которой для достижения лечебного эффекта требуется свет определенной длины, необходимый лекарственный препарат - фотосенсибилизатор и кислород. Цель исследования: улучшение результатов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. Для оценки клинической эффективности предложенных способов лечения были выделены 2 группы больных. Основная группа — в комплексное лечение язвенной болезни применялось сочетание инъекционных форм омепразола с эндоскопической фотодинамической терапией (n=64). В контрольной группе - лечение проводили традиционными средствами, которая включала традиционную антихеликобактерную терапию (n=51). Средний возраст больных составил 41,6±6,3 лет. Основная и контрольная группа сопоставимы по возрасту, полу, площади язвенных дефектов и сопутствующим заболеваниям. Антимикробная фотодинамическая терапия проводилась всем пациентам основной группы. В качестве фотосенсибилизатора использовался Метиленовый синий. Максимум поглощения Метиленового синего приходится на длину волны 630 нм. Проводилась фиброгастроуденоскопия, слизистая орошалась 0,5% раствором Метиленового синего. Экспозиция метиленового синего на слизистую оболочку составляла 10 минут. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «Лакта Милон» модель Touch screen в непрерывном режиме, плотность мощности 0,1-2,5 Вт/см², длительность воздействия, в зависимости от площади язвы - 0,1-10 Втсм²). Результаты и обсуждение. До начала лечения в обеих группах проведен уреазный тест и иммуногистохимический анализ. В момент первичного обследования у всех пациентов выявлено обсеменение *Helicobacter pylori* разной степени выраженности. После проведенного лечения на 7 сутки проведен повторное исследование на наличие *Helicobacter pylori*. В основной группе *Helicobacter pylori* выявлен у 2 (3,1%) пациентов. В контрольной группе на 7

сутки *Helicobacter pylori* обнаруживался у 12 (23,5%) пациентов. При эндоскопическом контроле на 7 сутки оценивалась динамика заживления язвенных дефектов у пациентов основной и контрольной групп. На 7 сутки в основной группе заживление наблюдалось у 62 (96,8%) пациентов. В контрольной группе на 7 сутки заживление отмечалось у 39 (76,5%) человек. Выводы: 1. Применение эндоскопической антимикробной фотодинамической терапии способствует более полной эрадикации *Helicobacter pylori* из организма. 2. Лазерное облучение при фотодинамической терапии стимулирует репаративные процессы, сокращает сроки заживления язв.

264. Применение антимикробной фотодинамической терапии при лечении больных с постынъекционными абсцессами

Сагдиев Р.Д.

Уфа

БГМУ

Актуальность. Фотодинамическая терапия является принципиально новым методом лечения гнойных инфекций и ее развитие можно сравнить с открытием антибиотиков. Фотодинамическая терапия предполагает использование нетоксичных красителей, которые выступают в качестве фотоактивного препаратов, называемых фотосенсибилизаторов в сочетании с лазерным светом соответствующей длины волны для возбуждения их возбуждения и выделения активных форм кислорода. Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных с постынъекционными абсцессами. Материалы и методы. В исследование включены пациенты постынъекционными абсцессами. В основной группе (36 человек) - осуществляли комплексное лечение путем применения активной хирургической тактики в сочетании с антимикробной фотодинамической терапией. Группа сравнения (25 человек) - традиционное лечение (антибиотики широкого спектра действия, водорастворимые мази, растворы антисептиков и т. п.). Средний возраст больных составил 64,3±6,4 года. Группа сравнения сопоставима с основной по

возрасту, полу, площади и объему раневых дефектов и сопутствующим заболеваниям. В комплексном лечении постинъекционных абсцессов ведущая роль всегда принадлежит хирургической обработке раны и дренированию гнойного очага. Всем пациентам выполнена радикальная хирургическая операция - абсцессэктомия, которая заключалась в иссечении гнойника вместе с пиогенной капсулой в пределах здоровых тканей, дренировании образовавшейся полости встречным перфорированным дренажом и наложением первичных швов на рану. В группу сравнения включены пациенты, лечение у которых проводили традиционными средствами – марлевые повязки с водорастворимыми мазями и растворами антисептиков, применением антибиотиков широкого спектра действия. Перевязки проводили через 24-48 часов по показаниям. Перед обработкой раны выполняли посев раневого отделяемого. При проведении перевязок раневую поверхность промывали растворами антисептиков, осушали и накладывали марлевую повязку с лекарственными препаратами. В основной группе лечение осуществляли методом антимикробной фотодинамической терапии. В качестве фотосенсибилизатора использовался витальный краситель ТС. Экспозиция фотосенсибилизатора на ране составляла 10 минут. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «Лахта Милон» модель Touch screen 635-2\675-2,5 длиной волны 630 нм. Результаты и обсуждение. В начале лечения у больных основной группы и группы сравнения лейкоцитарный индекс интоксикации составил $3,12 \pm 0,23$ и $2,23 \pm 0,27$ соответственно. В ходе лечения на вторые сутки наступило уменьшение этого показателя до цифр $2,91 \pm 0,24$ в группе сравнения и $2,82 \pm 0,21$ в основной группе больных. Минимальные показатели лейкоцитарного индекса интоксикации отмечены на 7-8 сутки лечения во всех группах. Они составили $1,91 \pm 0,11$ в группе сравнения и $1,52 \pm 0,09$ в основной группе. Комплексное лечение гнойных ран с применением антимикробной фотодинамической терапии ускоряет процесс очищения ран от гноя с $11,5 \pm 0,7$ до $7,2 \pm 0,7$ суток, позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса с $14,7 \pm 1,2$ до $10,2 \pm 0,8$ суток, уменьшить время заживления с $17,3 \pm 1,5$ до $12,5 \pm 0,8$ суток. Проведено бактериологическое исследование отделяемых из гнойных ран у больных с постинъекционными абсцессами. Основными возбудителями гнойного воспаления также являлись стафилококки. У большинства больных контрольной группы микробная обсемененность длительно сохранялась на высоком уровне и к пятым суткам составляла 105

микроорганизмов на 1 г ткани. В основной группе пациентов на 5-е сутки лечения количество микроорганизмов в ране находилось на уровне 103 на 1 г ткани. Выводы: Применение антимикробной фотодинамической терапии при лечении больных с постинъекционными абсцессами ускоряет сроки очищения ран от гноя с $11,5 \pm 0,7$ до $7,2 \pm 0,7$ суток, сокращает сроки заживления с $17,3 \pm 1,5$ до $12,5 \pm 0,8$ суток. Антимикробная фотодинамическая терапия эффективно снижает бактериальную обсемененность гнойной раны.

265. Эндоскопическое удаление неоплазий желудка и толстой кишки

Архипова А. А.(1), Кузнецов В.А.(1,2),
Йолчиев С. С.(1), Кусатов Г. К.(1), Волошин А. Н.(1)

Новосибирск

1ГБУЗ НСО «ГКБ №2» 2ФГБОУ ВО «Новосибирский
государственный медицинский университет»
Минздрава России

Цель исследования: улучшить результаты лечения неоплазий желудка и толстой кишки за счет дифференцированного подхода к выбору метода удаления. Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 93 больных с диагнозом полипы желудка и толстой кишки, которым было проведено удаление образований в период с 2014 по 2016 год. 93 пациента (женщин 58 (62%), мужчин 35 (38%)) в возрасте от 18 до 89 лет, средний возраст 56 ± 4 лет. Размеры удаленных новообразований составляли от 0,5 до 3,0 см. По локализации: в желудке - 26 (28%), в толстой кишке - 67 (72%). По результатам гистологического исследования неоплазий желудка: в 20 случаях выявлены гиперпластические полипы и в 6 тубулярные. В толстой кишке: гиперпластические полипы в 25 случаях, тубулярные аденомы - 22, тубулярно-папиллярные и папиллярные аденомы у 20 пациентов. 89 пациентов (95,7%) поступили в плановом порядке, в 4 случаях (4,3%) больные поступили по скорой помощи с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. В работе использовали: электрохирургический аппарат ARC 350 BOWA (Германия), иглы инъекционные с рабочей длиной

180 и 230см, длиной иглы 4мм ECO-Injectra (Германия), полипэктомические петли с диаметром раскрытия 35мм, рабочей длиной 180 и 230см RotaSnare (Германия), ловушка для полипов Poly Catch (Германия), Клип-аппликатор E-Clip эндоскопический Endo Start (Россия). Также физиологический раствор и раствор адреналина (1:10000). Результаты: В зависимости от размера и типа неоплазий осуществляется выбор метода удаления. Полиповидные формы неоплазий классифицировались по S. Yamada, непалиповидные формы по морфологической классификации LST- поражений и Парижской классификации эпителиальных неоплазий. В группу 1 вошли 38 пациентов (42%), у которых выявлены мелкие полипы размером 0,3-0,6см, I типа (по S. Yamada), по результатам морфологического исследования гиперпластические. В 25 случаях выявлен один полип. У 13 больных во время исследования обнаружены два и более полипа, и проведена их аргоноплазменная деструкция. Среднее время манипуляции 8 + 4 минуты. В группу 2 вошли 26 (28%) больных имеющие полипы размерами от 0,7 до 2,0 см, средние размеры 1,5+0,4 см; II, III, IV типов (по S. Yamada). Методом выбора при удалении полипов группы 2 стала стандартная полипэктомия с использованием диатермической петли. Среднее время затраченное на проведение стандартной полипэктомии 15 + 5,3 минут. В группу 3 включены 15 (16%) пациентов, у которых обнаружены поверхностно распространяющиеся новообразования с гранулами чаще имеющие узелковый смешанный тип LST-G-(0-Is+IIa) или (0-IIa+Is), размером от 1,0 до 2,0см, средний размер 1,4 + 0,4 см. Неоплазии с ростом в латеральном направлении чаще ассоциируются с малигнизацией, поэтому их необходимо удалять единым блоком в пределах здоровых тканей. Для удаления этих образований методом выбора стала эндоскопическая резекция слизистой. Для создания подслизистой подушки использовался физиологический раствор, а сами образования удалялись методом "петлевой биопсии". В двух случаях образование удалено фрагментами. Среднее время затраченное на проведения вмешательства 19+ 4,7 минут. В группу 4 вошли 14 (14%) пациентов с большими полипами, размером около 3,0см, тип 4 (по S. Yamada) с локализацией в толстой кишке (прямая и сигмовидная). Эти образования практически перекрывали просвет органа. Для уменьшения объема образования, а также для снижения риска кровотечения, в несколько мест головки полипа вводилось 4-5 мл раствора адреналина (1: 10000), и еще 2-3мл в ножку. Через 5-7 минут выполнялась стандартная

полипэктомия с использованием диатермической петли. Среднее время затраченное на проведение полипэктомии 21 + 6,2 минут. Во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде осложнений (кровотечений, перфораций) не было. После выполнения вмешательства больной госпитализировался на сутки в хирургический стационар. В течение суток пациенту назначается голод с сохранением питьевого режима. Также проводится гемостатическая терапия, назначаются спазмолитики и блокаторы протонной помпы. Контрольное эндоскопическое исследование рекомендовано через 3, 6, 12 месяцев. В одном случае (1%) при повторной колоноскопии (через 3 месяца) был выявлен краевой рецидив, размером до 0,4см. Пациент был из группы 3. Резидуальная ткань аденомы была подвергнута аргоноплазменной деструкции. При следующих эндоскопических осмотрах у этого больного рецидивов не выявлено. Выводы: дифференцированный подход к выбору метода удаления неоплазий в желудочно-кишечном тракте обеспечивает адекватное по объему вмешательство, безопасное и радикальное в каждом конкретном случае. Выявление рецидивов в группе III, обусловлено неполным удалением в результате фрагментирования образования.

266. Сочетанные операции в хирургии толстой кишки

Бондаренко А.А., Есин В.И., Мустафин Р.Д.

Астрахань

Астраханский государственный медицинский университет, Александро-Мариинская областная клиническая больница

При общем положительном впечатлении многих авторов о симультанных абдоминальных операциях в литературе нет единого мнения о целесообразности выполнения сочетанных и комбинированных операций в колоректальной хирургии. Особенно это касается пациентов с метастатическим поражением печени при колоректальном раке. В исследование включены данные 67 пациентов с хирургической патологией толстой кишки, которым в период с 2012 года по

2017 год были выполнены различные симультанные и комбинированные операции на органах брюшной полости. Среди них было 36 (53,7%) женщины и 31 (46,3%) мужчина в возрасте от 39 лет до 71 года. У 43 пациентов (64,2%) основным заболеванием была опухоль толстой кишки, у 19 пациентов (28,3%) - осложненный дивертикулез ободочной кишки, у 5 пациентов (7,5%) – осложненные формы язвенного колита. Все пациенты оперированы лапаротомным доступом, в качестве основного этапа им была выполнена резекция толстой кишки. В группе больных с опухолью ободочной кишки (Т 2-4N0-1M 0-1) выполнено 16 левосторонних и 4 правосторонних гемиколэктомии, из них 16 с лимфодиссекцией и высокой перевязкой сосудов, 4 – с тотальной мезоколонэктомией. При раке прямой кишки (Т 2-4N0-1M 0-1) выполнено 18 передних и 5 низких передних резекций прямой кишки с мезоректумэктомией. В связи с наличием сопутствующей патологии симультанные операции выполнены 52 пациентам: 22 пациентам выполнена холецистэктомия в связи с хроническим холециститом, 19 больным - устранение обширной вентральной грыжи, 7 пациенткам с симптомной миомой матки выполнена ампутация матки, 4 - аппендэктомия. Еще 13 пациентам с опухолью ободочной кишки (Т 3-4N0-1M1) и 2 – с поражением прямой кишки (Т 2-3N0-1M1) произведены одномоментные анатомические резекции печени в связи с наличием синхронных метастазов. Им выполнены 7 правосторонних и 2 левосторонних гемигепатэктомии и 4 сегменториентированных резекции. Результаты. Средняя продолжительность операции составляла 198 ± 44 мин, при этом длительность «симультанного» этапа составила 89 ± 18 мин, будучи максимальной при резекции печени: от 95 минут при экстрагалиссоновом подходе до 140 минут при «классическом» воротном способе. Из послеоперационных осложнений III ст по Dindon-Clavier отмечались внутрибрюшное кровотечение (1), холеперитонеум (1), инфекция послеоперационной раны (3), панкреонекроз (1). Умерли двое больных после одномоментных резекций печени и прямой кишки. Причинами смерти явились панкреонекроз (1) и полиорганная недостаточность (1). Отдаленные результаты у больных с доброкачественной патологией в течение 12 – 36 месяцев расценены как хорошие, за исключением одного случая раннего рецидива послеоперационной грыжи. У больных с метастатическим поражением печени медиана выживаемости составила 19 месяцев. При сравнении отдаленных результатов с сопоставимой группой из 29 пациентов, подвергнутых этапным вмешательствам, отмечены статистические

различия по показателям качества жизни и общих затрат на лечение. Заключение. Симультанные и сочетанные операции в колоректальной хирургии не приводят к существенному ухудшению непосредственных результатов и значительно улучшают показатели качества жизни в сравнении с пациентами, подвергнутыми этапному хирургическому лечению.

267. Прогноз выживаемости после хирургического лечения больных с воротной холангиокарциномой: разработка и внедрение прогностической шкалы

*Коваленко Ю.А.(1), Жариков Ю.О.(2),
Вишневский В.А.(1), Чжао А.В.(1)*

Москва

1) ФГБУ «Институт хирургии имени А.В.Вишневского» Минздрава России, 2). ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Воротная холангиокарцинома (ВХ) является наиболее распространенной формой холангиоцеллюлярного рака, при котором медиана выживаемости оперированных больных варьирует от 19 до 39 месяцев. Радикальное оперативное вмешательство имеет бесспорное преимущество, т.к. оно дает шанс на благоприятный отдаленный прогноз течения заболевания, при этом частота локо-регионарных рецидивов при выполнении R0-резекции достигает уровня 70% в первые 2 года после операции. Поиск и выбор прогностически значимых характеристик опухоли, определяющих отдаленные результаты лечения, остаются актуальными и на сегодняшний день. Цель. Анализ клинико-морфологических характеристик ВХ в аспекте отдаленных результатов хирургического лечения. Материалы и методы. В исследование включены данные 49 пациентов с ВХ, проходивших лечение в ФГБУ Институт хирургии имени А.В.Вишневского Минздрава России с 2011 по 2016 гг. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием непараметрических статистических методов (метод Kaplan-Meier, log-rank тест, регрессионная модель пропорционального риска Кокса). Результаты: 12-,

36-, 60 мес. выживаемость оперированных больных составила 78%, 31%, 22%, соответственно. Анализ уровня выживаемости в зависимости от стадии заболевания и края резекции показал статистически достоверную связь: $p=0,05$ и $p=0,002$, соответственно. Частота выявления морфологических характеристик опухоли была следующей: микрососудистая (42,9% наблюдений) и лимфососудистая (88,2%) инвазия, положительный край резекции (59,2%), периневральная инвазия (83,3%), наличие клеток в окружающей жировой клетчатке (92,3%), прорастание всей толщи стенок желчных протоков с выходом за ее пределы (83,3%), инфильтративная форма роста опухоли (88,9%). При монофакторном анализе степень дифференцировки опухолевых клеток, край резекции, периневральная инвазия и глубина инвазии стенки желчного протока являлись прогностически значимы (все показатели $p < 0,05$). Результат полифакторного анализа: наиболее значимым морфологическим параметром опухоли, определяющими прогноз течения заболевания является только наличие лимфососудистой инвазии ($P = 0,05$). Далее предикторы были разделены на две группы в зависимости типа характеристик опухоли: клинические (первая группа), морфологические (вторая группа). Следует отметить, что представленная панель факторов позволяет объективно оценить степень регионального распространения опухолевого процесса, а также составить прогноз течения заболевания после хирургического лечения (ранее прогноз составлялся по запатентованным авторами методике: патент № RU 2 617 183 С1 от 21.04.2017; чувствительность метода составила 96%, специфичность – 72,7%, прогностическая ценность – 79,4%). Заключение. Несмотря на то, что отдаленные результаты лечения больных с ВХ определяются радикальностью хирургического лечения, прогноз заболевания также зависит от ряда клинко-морфологических факторов. Выявление новых факторов риска, разработка новых критериев радикальности операции позволит составить прогноз в индивидуальном порядке и разработать рациональный подход к комбинированному лечению. При этом для оценки точности разработанной модели и совершенствования системы прогноза требуются последующие проспективные исследования.

268.Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у пациентов с хроническим осложненным панкреатитом

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

Краснодар

ГБУЗ "Краевая клиническая больница №2"

Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 165 пациентов с обструктивными поражениями на уровне терминального отдела общего желчного протока доброкачественного генеза, госпитализированных в ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара с 2008 по 2015 годы. Из них 105 мужчин (63,6 %), 60 женщин. Основными осложнениями основного заболевания были: механическая желтуха (79 больных – 47,9 %), холестатический гепатит (61 больной – 37 %), гнойный холангит (27 больных – 15,7 %). Общее количество чреспапиллярных вмешательств, выполненных пациентам данной группы – 579. В том числе: ретроградных холангиопанкреатографий – 273, механических литоэкстракций билиарных конкрементов – 30, механических литотрипсий билиарных конкрементов – 8, холедохоскопий с электрогидравлической литотрипсией – 2, механической литоэкстракцией вирсунголитов – 1, стентирование общего желчного протока (ОЖП) – 99, стентирований главного панкреатического протока – 6, бужирований ОЖП – 4. Проанализированы основные патологические состояния, по поводу которых пациенты проходили обследование и лечение: хронический рецидивирующий панкреатит – 95 пациентов (57,6%); хронический панкреатит, осложненный кистой головки поджелудочной железы (ПЖ) – 17 (10,4%); хронический осложненный панкреатит, вирсунголитиаз – 16 (9,7%); хронический осложненный панкреатит, панкреатолитиаз – 6 (3,6%); хронический осложненный панкреатит, киста ПЖ, состояние после резекции ПЖ – 3 (1,8%); хронический осложненный панкреатит, состояние после резекции ПЖ, панкреатовирсунголитиаз – 4 (2,4%); хронический осложненный панкреатит, панкреатовирсунголитиаз, киста ПЖ – 6 (3,6%); острый панкреатит – 4 (2,4%); хронический осложненный панкреатит, состояние после резекции ПЖ – 14 (8,5%). Всем пациентам предпринимались попытки проведения чреспапиллярных вмешательств. Первым этапом

было проведение дуоденоскопии с осмотром периапулярной зоны. При этом наиболее частыми выявленными патологическими состояниями были: атипичное расположение большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) у 14 пациентов (8,5%); дивертикулы периапулярной зоны у 15 пациентов (9,1%). Основной задачей эндоскопических вмешательств на диагностическом этапе было установление диагноза. На лечебном этапе задачей было устранение билиарной и (-или) панкреатической гипертензии за счет устранения причины блока. У пациентов данной группы довольно часто определялся суженный и деформированный дистальный отдел ОЖП за счет сдавления его интрапанкреатической части. Это вызывало сложности, а иногда и невозможность, его ретроградной канюляции. При невозможности канюляции исключается перспектива выполнения и других чреспапиллярных вмешательств (бужирование, стентирование и др.). В 2010 г. разработан и активно применяется оригинальный управляемый катетер для эндоскопических вмешательств (патент на изобретение № 2460551 от 27.04.2011 г.), который обеспечивает возможность управления дистальным концом и значительно повышает вероятность успешной канюляции протоковых структур. После канюляции производится установка проводника и выполнение дальнейших чреспапиллярных вмешательств (стентирования, бужирования, удаления конкрементов и др.). Во всех 24 случаях применения данного катетера канюляция ОЖП была успешной. Применение данного устройства позволило достоверно ($p < 0,05$) снизить среднее значение койко-дней равное $10,8 \pm 5,2$ дня, в отличие от успешных вмешательств с применением стандартных методик ($13,4 \pm 3,5$) и подгруппы пациентов с неэффективными эндоскопическими вмешательствами ($23,6 \pm 18,6$) дня. Таким образом, эффективны эндоскопические вмешательства были у 151 пациента (91,5%), неэффективными у 14 пациентов (8,5%), осложнения отмечены у 8 (4,8) пациентов. При анализе эффективности эндоскопических вмешательств у пациентов данной группы определяется более низкий показатель успешных вмешательств и более высокий показатель осложнений по сравнению с общей группой больных.

269. Лапароскопический адгезиолизис в лечении больных спаечной кишечной непроходимостью

Малков И.С.(1), Багаутдинов Э.Б.(1),
Филиппов В.А.(1), Тагиров М.Р.(2),
Халилов Х.М.(2), Мисиев Д.Х.(2)

Казань

1)КГМА, 2)ГАУЗ ГKB №7 МЗ РТ.

В настоящее время существует тенденция применения видеолапароскопии в лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, что связано с известными преимуществами миниинвазивных технологий в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами. Однако, частота перехода на лапаротомию может достигать до 63%, что увеличивает продолжительность операции, частоту осложнений и экономические затраты на лечение. За последние 5 лет проанализированы результаты лечения 354 больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОСТКН), находившихся на лечении в отделении хирургии №1 и №2 городской клинической больницы №7 г. Казани. Пациентов разделили на две группы: сравнения - 204 пациентов, у которых использовали традиционные подходы в диагностике и лечении ОСТКН и основная - 150 пациентов, где применяли усовершенствованный нами лечебно-диагностический алгоритм. Возраст больных с ОСТКН колебался от 16 до 90 лет. Всего мужчин было 126 (35,6%), женщин – 228 (64,4). В первые 12 ч от начала заболевания поступили 167 (47,2%) больных, от 12 до 24 ч - 72 человека (20,3%), в 115 случаях (32,5%) больные поступили через сутки и более от начала заболевания. Экстренное оперативное вмешательство выполнялось при странгуляционном варианте ОСТКН, при обтурационном - при неэффективном консервативном лечении в течение 12 часов с момента госпитализации. В основной группе наряду с клиническими, лабораторными и рентгенологическими методами важное место занимали ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, выполняемое во всех случаях и рентгеновская компьютерная томография (РКТ) с контрастированием произведенная у 36 (24%) больных. Использование методов лучевой диагностики позволило диагностировать странгуляционную форму заболевания, определить распространенность и характер спаечного процесса в брюшной полости, безопасное место введения

троакаров, уровень кишечной непроходимости. Показания к лапароскопическому адгезиолизису были установлены нами у 47 больных. Введение первого троакара производили открытым способом. При лапароскопии распространенность спаечного процесса соответствовала 1-3 степени по классификации О.И. Блинникова. Кишечная непроходимость была обусловлена: локальными плоскостными сращениями и шнуровидными спайками. Имели место ущемление петли тонкой кишки в «окнах», образованных плоскостными спайками, червеобразным отростком и дивертикулом Меккеля, сформировавшимся кишечными «двухстволками». У 16 (34%) больных был распространенный спаечный процесс в виде висцеропариетальных сращений без выраженной дилатации приводящего отдела кишки. У 43 (91,5%) удалось успешно разрешить ОСТКН. Каких-либо осложнений и летальных исходов не наблюдалось. Средний койко-день составил 7,2+2,4 суток. Конверсия в 8,5% случаях была обусловлена необратимой ишемией тонкой кишки (1 больной) и грубыми висцеро-висцеральными сращениями, разделение которых под видеолaparоскопическим контролем не представлялось возможным (3 больных). Таким образом, использование комплексной диагностической программы при ОСТКН позволило выделить группу пациентов, у которых лапароскопический адгезиолизис явился эффективным методом лечения.

270. Опыт хирургического лечения послеоперационных грыж живота с применением эндопротезов

*Курьязов Б.Н., Бабаджанов А. Р., Рузметов П.Ю.
Сапаев Д.Ш. Рузметов Б.А.*

Ургенч

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр

Введение. Выбор объема пластики брюшной стенки (реконструкция или коррекция) при послеоперационной вентральной грыже продолжает дискутироваться. Частота вентральных грыж после лапаротомии варьирует от 2 до 20 %. Рецидивы

вентраль-ных грыж при пластике с использованием местных тканей составляют 30-60 %, а при протезировании сетчатыми эндопротезами снижает уровень рецидивов до – 10 %. По этому в современной хирургии аллопластика является приоритетным способом лечения больных с вентральными грыжами, а наилучшим протезным материалом считается полипропилен. Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами с применением эндопротез-ов. Материал и методы. Нами было изучено результаты оперативного лечения 230 больных с различными послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Мужчин было 46 (20 %), женщин 184 (80%). Возраст больных колебался от 24 до 79 лет. Большая часть больных – 114 (49,5%) было в возрасте от 45 до 59 лет (средний возраст), несколько меньшую – 65 (28,2%) составляли лица 30-44 лет (зрелый возраст). Больные были разделены на 4 группы в зависимости от способа герниопластики: в 1-группу включены 96 (42%) больных, у которых аллопластика выполнена в « Onlay » позиции; во 2-группу – 75 (33%) больных, у которых протез размещался под апоневрозом (« Sublay »); 3-группу составил 51 (22,1%) больной оперированный по методике «Inlay». 4 – группу 8 (3,4 %) больных с интра-абдоминальным расположением эндопротеза (intraperitoneal onlay mesh) Среди наших больных W3, W4 выявлены у 120 (55,5%) больных. Гигантские грыжи были у 21 (5,5%), обширные – у 106 (32,5%), средние у 62 (5,5%), малые – у 36 (6,3%). Срединные послеоперационные грыжи были у 203 больных, из них эпигастральные – у 87, мезогастральные – у 26 и гипогастральные – 92 больных. Грыжи боковых отделов передней брюшной стенки выявлены у 25 больных (у 11 – в подвздошной области, у 10 – в подреберье и у 4 – в поясничной области). У 44 больных отмечены неврические грыжи. У 8 больных одновременно выявлены несколько грыж разных локализаций. У 130 (56,5%) больных выявлены сопутствующие заболевания. Наиболее частыми были ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией (42), ожирение II-III степени (66), сахарный диабет (22). Диаметр дефекта брюшной стенки не всегда соответствовал размерам грыжи. Результаты. В послеоперационном периоде все больные получали антибиотики из группы цефалоспоринов (цефазолин, цефатоксим) по 1,0 г. 2-3 раза в день в течение 3-5 дней. У всех больных с целью профилактики развития послеоперационных

раневых осложнений в подкожно жировой клетчатке оставляли дренажную трубку с активной аспирацией, которую удаляли на 4-5 сутки. У II-III-IV групп больных дренажи удалены на 2-3 сутки. После удаления дренажей всем больным выполняли УЗИ брюшной стенки для исключения скопления жидкости. У 4 больных серомы купированы путем пункции и у 2 – путем дренирования. В раннем послеоперационном периоде осложнения общего характера наблюдались только у 5 (2,2%) больных из 1-группы. Среди них парез кишечника у 3 больных, явление компартмент синдрома - у 2. Все больные лечились консервативно. Местные раневые осложнения развились у 20 (8,7%) больных: длительная экссудация из раны у 13, серома у 5, гематома послеоперационной раны у 2. Во 2-группе у 2 больных было отмечено формирование гематомы послеоперационной раны. В 3- 4 группе осложнений не было. Летальных исходов не было. При изучении отдалённых результатов за период от 3 до 5 лет рецидива грыжи не обнаружено. Дискомфорта, болевых ощущений, чувства инородного тела в зоне операции отмечено у 10 больных. Все больные вернулись к полноценной жизни, не ограничивают физических нагрузок. Случаев отторжения протеза не было. Заключение. Таким образом основным направлением гернологии является индивидуальный дифференцированный подход к выбору метода операций. У больных с большими и гигантскими грыжами предпочтение нужно отдавать фиксации эндопротеза под апоневрозом «sublay». Методика «Onlay» может быть рекомендован ее в лечении малых и средних послеоперационных грыж.

271. Возможности лапароскопии в лечение распространённого аппендикулярного перитонита

*Ярцев1,2 П.А., Лебедев1 А.Г., Левитский1 В.Д.,
Благовестнов2 Д.А., Ткешелашвили1 Д.Т.,
Арутюнян2 А.С.*

Москва

1. ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ2.
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Актуальность. Среди urgentных больных хирургического профиля пациенты с острым аппендицитом составляют 40-50%. На их долю приходится 50 - 75% всех экстренных операций на органах брюшной полости. Острый аппендицит является причиной перитонита в 30-65% случаев. Несмотря на активное развитие миниинвазивной хирургии, при распространенных формах аппендикулярного перитонита многие хирурги до сих пор предпочитают «открытый» доступ, с которым связаны такие послеоперационные осложнения, как нагноение послеоперационной раны (до 12%), эвентрация (до 0,2%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (до 1,2%), кишечные свищи (до 6%). Материал и методы. С 2016 по 2017 гг. прооперировано 634 пациента с острым аппендицитом. Мужчин 451 (71,1%), женщин- 183 (28,9%). Средний возраст 44,5±1,6 лет (18-70 лет). У 156 больных (24,6%) аппендицит был осложнен различными формами перитонита, при этом лапароскопический метод был применен у 142 (91%) из них. У 132 пациентов была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, а 10 (7%) больным произведена конверсия в лапаротомию. Использованы классификация распространенности перитонита согласно рекомендациям РАСХИ (2017). Послеоперационные осложнения были оценены по классификации Clavien-Dindo (2004). Результаты: Из 132 пациентов у 43 больных (32,6%) был диффузный и 2 пациентов (1,5%) разлитой перитонит. Пациентов, оперированных эндохирургически, активизировали в первые 24 часа после операции. Продолжительность стационарного лечения у них составила от 7 до 9 суток. Показанием к лапаротомии был разлитой перитонит с парезом кишечника, который требовал открытой назоинтестинальной интубации. Послеоперационные осложнения были выявлены у 4 пациентов (8,8%). Среди 43 больных с диффузным перитонитом, оперированных из лапароскопического доступа, у двух (4,4%) в послеоперационном периоде сформировались

внутрибрюшные абсцессы. В обоих наблюдениях выполнено их дренирование под УЗ наведением с благоприятным исходом (IIIa тип) и сроками госпитализации 10 и 12 суток. При разлитом перитоните у обоих пациентов отмечены послеоперационные осложнения: несостоятельность культи червеобразного отростка и ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость. У обоих была эффективна интенсивная терапия жизнеугрожающих состояний (IV тип). Длительность стационарного лечения составила от 20 и 24 суток. Летальных случаев после лапароскопической аппендэктомии не было. Заключение: Выполнение лапароскопической аппендэктомии возможно при диффузном аппендикулярном перитоните с отсутствием выраженного пареза кишечника, не требующего назоинтестинальной интубации. Применение лапароскопических методов лечения в этой категории больных позволяет сократить продолжительность лечения.

272. Острый панкреатит после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения

Белов Д.В.(1,2), Гарбузенко Д.В.(1), Фокин А.А.(1),
Бордуновский В.Н.(1)

Челябинск

1)ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ 2)ФГБУ «ФЦССХ» (г. Челябинск)

Острый панкреатит (ОП) после кардиохирургических вмешательств встречается редко. По данным литературы, в зависимости от типа операции и диагностических критериев его частота варьирует от 0,05 до 19%, при этом летальность остается высокой, что делает проблему актуальной. ЦЕЛЬ: Проанализировать случаи ОП после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения в ФГБУ «ФЦССХ» (г. Челябинск). ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: Изучены истории болезни 6587 пациентов, перенёвших коронарное шунтирование с искусственным кровообращением в ФГБУ «ФЦССХ» (г. Челябинск) с 2011 года по июнь 2017 года, с оценкой случаев послеоперационных абдоминальных осложнений, в

частности, ОП. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Средний возраст больных составил 61 год. Преобладали мужчины, доля которых была 78,4%. Постинфарктный кардиосклероз диагностирован у 67,2% пациентов, хроническая болезнь почек – у 13,9%. Средняя послеоперационная фракция выброса была 55,7%, среднее время искусственного кровообращения и пережатия аорты – 77 и 41 мин, соответственно. Абдоминальные осложнения встретились у 73 (1,1%) пациентов, у 3 (2,2%) из них имел место ОП, летальность при котором составила 66,7%. По данным литературы, основным патогенетическим механизмом ОП после коронарного шунтирования с искусственным кровообращением является повреждение поджелудочной железы вследствие неадекватной мезентериальной перфузии, в виду ее высокой чувствительности к гипоксии. При этом, неблагоприятными обстоятельствами его развития могут быть увеличение времени искусственного кровообращения и пережатия аорты, потребность в внутриаортальной баллонной контрпульсации, снижение фракции выброса, наличие острой почечной недостаточности, присутствие которых подтверждает этиологическую роль ишемии и/или реперфузионного повреждения поджелудочной железы. В нашем исследовании достоверными факторами риска явились: применение экстракорпоральной мембранной оксигенации и внутриаортальной баллонной контрпульсации в послеоперационном периоде, коронарное шунтирование в сочетании с клапанной коррекцией, развитие острого инфаркта миокарда, фибрилляции предсердий и острого нарушения мозгового кровообращения, ранняя рестернотомия. Также у больных, перенёвших абдоминальные осложнения, среднее время искусственного кровообращения и пережатия аорты были выше, чем у не имевших таковых (109 и 55 мин. против 76 и 41 мин). Возникновение ОП после кардиохирургических вмешательств непредсказуемо, причём диагностировать его достаточно сложно. Это связано с нечёткой клинической картиной на фоне анальгезии, ИВЛ (например, отсутствие боли в верхней половине живота, тошноты, рвоты), а также специфичных лабораторных изменений. Для подтверждения диагноза нами определялись уровни амилазы и липазы, проводились УЗИ и КТ брюшной полости с контрастным усилением. Известно, что гипермилаземия не является надежным маркером ОП поскольку обладает низкой специфичностью, тем более после операций на сердце с искусственным кровообращением ввиду уменьшения почечной экскреции амилазы. По

данным литературы, она встречалась у 32-70% больных, перенёсших кардиохирургические вмешательства, при этом лишь у 0,1%-5,2% из них имел место ОП. В связи с этим основным лабораторным критерием заболевания должно быть определение липазы крови. УЗИ органов брюшной полости для его верификации обычно малоинформативно из-за экранирования поджелудочной железы вздутыми петлями кишечника. Напротив, КТ с контрастированием является высокочувствительным методом, дающим полноценную информацию о состоянии поджелудочной железы и различных областей забрюшинного пространства. **Вывод:** ОП после кардиохирургических вмешательств сопровождается высокой летальностью. Учитывая трудности выявления этого осложнения, стратификация больных на основании факторов риска его развития с последующей разработкой алгоритма диагностики и лечения будет полезным для повышения выживаемости страдающих им пациентов.

273. Особенности fast track технологии в условиях оказания медицинской помощи в системе ОМС.

Тарасов С.Л., Лавинский Р.В., Бирюков А.В., Древаль С.В., Турченко Р.Л., Малых К.В.

Ижевск

ООО "Больница ЛАВА"

Активное внедрение технологии — fast track при общехирургических операциях, приводит к уменьшению сроков госпитализации, скорейшему выздоровлению и восстановлению трудоспособности оперируемых пациентов. Применение технологии fast track полностью совпадает с основными принципами лечения больных в частных лечебных учреждениях, скорейшему выздоровлению пациентов при минимальных затратах лечебного центра. В условиях государственно-частного партнерства в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) при лечении хирургических пациентов возникают определенные трудности, связанные с особенностями финансирования и контроля расходования бюджетных средств лечебных

учреждений. Материалы и методы. С середины 2016 года частное лечебное учреждение «ООО «Больница Лава» включена в реестр ТФОМС Удмуртской Республики, для оказания помощи больным хирургического и урологического профиля. С 2015 года лечение пациентов в нашей клинике проводится по технологии fast track. За 2017 год медицинская помощь оказана 441 пациенту. Из них по добровольному медицинскому страхованию (ДМС)- 40, на платной основе (ПО)- 126, в системе ОМС- 275 (62,4%) пациентов. Вне зависимости от финансирования за лечения всем пациентам выполнялись однотипные оперативные вмешательства: флебэктомии, грыжесечения при неосложненных абдоминальных грыжах, лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ), лазерная вапоризация или трансуретральная резекция (ТУР) при доброкачественной гиперплазии простаты (ДГЖП), лазерная литотрипсия при мочекаменной болезни (МКБ), малые урологические операции, геморроидэктомии. Всего пациентами проведено 953 койко-дня, из них 600 (62,4%) пациентами с ОМС, и 353 (37,4%) ДМС и ПО. Средняя длительность лечения по стационару составила 2,16. Применение системы fast track способствует снижению средней длительности нахождения пациентов в стационаре. Средний койко-день у больных, пролеченных по ОМС, составил -3,18; по ДМС -1,47, на платной основе - 1,06. Обсуждение. Проведенный ретроспективный анализ свидетельствует, что при одном и том же объеме оперативного пособия, пациенты, пролеченные по ОМС, более продолжительное время находятся на лечении в условиях стационара круглосуточного пребывания в 2,16 раза. Это обусловлено особенностями расчетов в системе ОМС по законченному случаю, пациент должен, лечится в стационаре не менее 3 суток. Например, у пациентов после флебэктомии, аллогерниопластики, геморроидэктомии, ЛХЭ пролеченных по ОМС средний койко-день составляет 3, а по ДМС от 1 до 1,9 койко-дня. В системе ОМС при МКБ и ДГЖП средний койко-день - 5,4 а по ДМС и ПО- 2,4. Выводы. Таким образом, пациенты находящиеся на лечении по системе ОМС готовые к выписке на 1-2 сутки пребывания, вынуждены находится в стационаре до 3-5 суток, требующих не мотивированных определенных материальных затрат (питание, перевязки, медикаменты, постельные принадлежности и т.д.). Условия финансирования в системе ОМС (разработанной для бюджетных учреждений здравоохранения), абсолютно не учитывают использование современных технологий в лечении пациентов, что приводит к искусственному

увеличению длительности пребывания больного в стационаре и нивелирует преимущества fast-track методологии. Результаты, полученные при использовании fast track технологии, поднимают вопрос о необходимости изменения традиционной системы оплаты в ОМС за пролеченного пациента (по средней длительности пребывания больного в стационаре, по усредненным показателям стоимости оказываемой медицинской услуги).

274. Острый панкреатит при ущемленном конкременте терминального отдела холедоха

*Зверева А.А.(1), Котовский А.Е.(1), Глебов К.Г.(2),
Дюжева Т.Г.(1)*

Москва

- 1) Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
- 2) 15 ГКБ имени О.М. Филатова

Актуальность Желчекаменная болезнь одно из самых частых заболеваний органов пищеварительной системы среди населения развитых стран. В среднем у 17% больных эта болезнь осложняется холедохолитиазом. Ущемленный конкремент терминального отдела холедоха встречается в 2,5 – 10% случаев. Клинически данное заболевание приводит к развитию механической желтухи, гипертензии в билиарной и панкреатической протоковых системах и может осложниться острым панкреатитом (ОП), гнойным холангитом. ОП, развившийся на фоне вклиненного камня в терминальный отдел холедоха, а также механической желтухи и холангита, требует определенной лечебно-диагностической тактики ведения больных. Материалы и методы Ретроспективно проанализированы результаты эндоскопического лечения 60 пациентов с диагнозом ущемленный конкремент, находившихся на лечении с 2015 по 2017 года. Диагноз ОП был установлен на основании: клинической картины заболевания, лабораторных показателей крови, данных УЗИ, КТ, дуоденоскопии. Всем больным была выполнена эндоскопическая декомпрессия желчных протоков. Результаты На основании результатов клинико – инструментальных исследований все больные были разделены на две группы. В первую группу вошли

пациенты (n=34), у которых ущемленный конкремент папиллы осложнился ОП, ко второй группе были отнесены пациенты (n=26) без изменений поджелудочной железы. У пациентов из 1 группы с ОП в анамнезе в 76% отмечался хронический панкреатит, а у пациентов из 2 группы только в 8%. При эхографии поджелудочной железы у 91% больных 1 группы отмечено увеличение головки, тела железы и их неоднородность, а в 9% случаев наличие выпота в сальниковой сумке. При дуоденоскопии у больных в 1 группе были отмечены более выраженные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), по сравнению со 2 группой. Были диагностированы множественные точечные высыпания на слизистой кишки, явления эрозивно – геморрагического дуоденита, что косвенно подтверждало диагноз ОП. У всех пациентов 1 и 2 группы наблюдалось увеличение и деформация продольной складки ДПК, явления папиллита, а у 75% больных был виден участок конкремента, расположенный в отверстии большого дуоденального сосочка. При этом ни в одном случае не определялось поступление желчи в просвет ДПК. Всем больным с целью декомпрессии желчных протоков произведено ЭПСТ, особенностью которой является использование неканюляционных папиллотомов. Разрез производился через продольную складку до уровня папиллы. Сразу после рассечения и отхождения конкрементов у 88% больных из первой группы отмечено активное поступление сливкообразного гноя, вязкой, застойной, мутной с хлопьями желчи. Сопоставляя клинические данные с результатами дуоденоскопии именно в 1 группе больных диагностирован острый гнойный холангит. Эндоскопическая декомпрессия желчных протоков была проведена у пациентов в сроки от 4 до 36 часов от поступления в стационар. При анализе результатов эндоскопической операции было отмечено зависимость времени декомпрессии и развития ОП. При этом ЭПСТ выполненная до шести часов от начала заболевания снижала частоту ОП до 11,8%. Обсуждение Наличие в анамнезе хронического панкреатита и сопутствующего гнойного холангита является прогностическим критерием для развития ОП. Именно эта категория пациентов нуждается в более активной инфузионной терапии, направленной на профилактику острого панкреатита и панкреонекроза. Выводы и рекомендации: Хронический панкреатит, гнойный холангит, а также сроки выполнения эндоскопической декомпрессии желчных протоков (более 6 часов) при механической желтухе, вызванной ущемленным

конкрементом папиллы, увеличивает частоту развития ОП и панкреонекроза.

275. Новые технологии в хирургическом лечении эпителиального копчикового хода

Черкасов М.Ф., Галашомян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Актуальность. Существует два основных метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ): открытый и закрытый. Недостатками закрытых операций являются: высокая частота осложнений – от 2,5 % до 53 % и рецидивов заболевания – от 2 до 40 %. Наряду с хорошими отдаленными результатами и минимальным количеством рецидивов, открытые операции обладают существенным недостатком – длительное заживление раны (68 – 80 дней). Для ускорения заживления открытых ран после иссечения ЭКХ использовались лазерное, ультразвуковое и ультрафиолетовое облучение, электростимуляция. Однако данные методы стимуляции малоэффективны. В настоящее время все чаще для лечения ран промежности и крестцово-копчиковой области применяется метод вакуум-терапии (VAC-терапия, NPWT, CNP). Целью клинического исследования является анализ результатов лечения больных с ЭКХ путем применения разработанного способа лечения (Патент РФ на изобретение № 2559936). Материалы и методы. Исследование включает 132 пациента с ЭКХ, которым с января 2013 по август 2017 года выполнялось иссечение копчикового хода по стандартной методике. Мужчин было 112 (84,8%), женщин – 20 (15,2%). I группа наблюдения в зависимости от вида традиционной операции разделена на 3 подгруппы: Ia – иссечение ЭКХ с оставлением раны открытой и последующим лечением мазевыми повязками (n=30), Ib – иссечение с подшиванием краев раны ко дну (n=33) и Ic – иссечение хода с закрытием раны швами Донати (n=35). Во II группе наблюдений (n=34), выполнялось иссечение ЭКХ с оставлением раны открытой и последующей оригинальной вакуум-

терапией. Результаты. У пациентов, которым применялась вакуум-терапия, гнойно-воспалительные осложнения не отмечены, в Ia подгруппе количество данных осложнений составило 4 (13,3%), Ib – 4 (12,1%), а в Ic – 9 (25,7%) случаев. Длительность стационарного лечения у пациентов II группы и Ia подгруппы наблюдения в среднем составила $8,5 \pm 4,19$ и $8,3 \pm 4,27$ дней соответственно. При этом в Ib подгруппе – $12,7 \pm 4,03$, в Ic – $14,4 \pm 1,78$ дней. Средний период заживления ран во II группе составил $27,5 \pm 5,3$ дней, у пациентов Ia подгруппы – $69,1 \pm 8,5$, в подгруппах Ib и Ic составил $37 \pm 2,18$ и $14 \pm 1,87$ дней соответственно. У пациентов II группы период нетрудоспособности в среднем составил $21,5 \pm 5,2$ дней, в Ia подгруппе – $29,8 \pm 9,3$, а у пациентов в подгруппах Ib и Ic сроки нетрудоспособности составили $21,5 \pm 7$ и $18,5 \pm 5,01$ дней соответственно. Рецидив заболевания в группе с вакуум-терапией отмечен в 1 (2,9%) случае, в то время как в подгруппах с традиционным лечением (Ia, Ib, Ic) – 3 (10%), 5 (15,1%) и 9 (25,7%) случаев рецидива заболевания. Обсуждения. В I группе наблюдений наиболее частыми были гнойно-воспалительные осложнения в ране. Наименьшая длительность госпитализации зафиксирована у пациентов II группы и Ia подгруппы, что объясняется минимальным риском развития осложнений. Период заживления ран во II группе был статистически ниже чем в Ia подгруппе. У пациентов II группы период нетрудоспособности достоверно меньше относительно Ia ($p < 0,05$), при сравнении с подгруппами Ib и Ic различий не отмечено ($p = 0,8$ и $p = 0,1$). При попарном сравнении групп наблюдения значимые различия в рецидиве выявлены между II группой и подгруппами Ib и Ic. Выводы. Предложенный способ хирургического лечения ЭКХ является эффективной и достойной альтернативой традиционным способам. Его использование приводит к сокращению периода заживления ран более чем в 2 раза по сравнению с открытыми ранами, для лечения которых применялись мазевые повязки. У пациентов с вакуум-терапией отсутствуют гнойно-воспалительные осложнения. Срок пребывания в стационаре пациентов с VAC-терапией в 1,5 раза короче. Рецидив заболевания отмечен в 2,9%, а при традиционном лечении достигает 26%. Рекомендации. Предложенный способ лечения является методом выбора лечения пациентов с ЭКХ в стадии хронического воспаления и ремиссии заболевания, что позволяет рекомендовать его для внедрения в клиническую практику колопроктологов.

276. Хирургическое лечение гидатидозного эхинококкоза печени с поражением желчных путей

Иванов С.А., Корымасов Е.А., Панфилов К.А

Самара

Самарская областная клиническая больница
им. В.Д. Середавина; Самарский государственный
медицинский университет

Актуальность темы: Гидатидозный эхинококкоз печени остается актуальной проблемой хирургии, несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи в его лечении. Вторым по частоте осложнением, после нагноения кист, является их перфорация в желчные протоки, что по данным литературы имеет место в 4,8-18% наблюдений. Незамеченные в ходе операции мелкие цистобилиарные коммуникации в послеоперационном периоде приводят к формированию стойких наружных желчных свищей, сопровождаются нагноением остаточной полости, развитием гнойного холангита. Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени с поражением желчных протоков. Материалы и методы: Нами были изучены результаты лечения 54 больных, находившихся на лечении по поводу эхинококкоза печени с поражением желчных протоков в СОКБ им. В.Д. Середавина за период 2003-2017 годов. Возраст пациентов составил от 19 до 78 лет, мужчин было 36, женщин 18. Все больные были оперированы, 42 открытым и 12 лапароскопическим способом. Отличительной особенностью поражения внутрипеченочных желчных путей при эхинококкозе была множественность цистобилиарных коммуникаций. Это было связано с наличием плотного компонента содержимого кист, который ухудшал дренажную функцию открывающихся в кисту протоков, играя роль своеобразного клапана. В результате интракистозное давление длительное время оставалось достаточным для поддержания жизнеспособности паразита. Под воздействием желчи в фиброзной капсуле образовались участки деструкции, многочисленные карманы и трещины, в которые открывались желчные протоки разного калибра. Способ ликвидации цистобилиарных коммуникаций зависел от уровня перфорации. Субсегментарные протоки, открывающиеся в кисту, ушивали двухрядным швом изнутри фиброзной капсулы нерассасывающимися синтетическими

нитьями на атравматической игле. Если перфорации возникали на боковой стенке долевого протока, особенно в области ворот печени, ушивание дефекта сопровождалось высоким риском развития стриктуры или повреждения сосудов. У двух больных было предпринято раздельное дренирование холедоха по Керу и остаточной полости кисты с постоянной активной вакуумной аспирацией. Мы полностью отказались от проточного дренирования остаточных полостей и их фракционного промывания антисептиками. Применяли дренажные системы "UnoVac" и обычные дренажные системы типа «гармошка» в зависимости от размеров остаточной полости, дебита желчи по дренажу. По мере уменьшения остаточных полостей (по данным УЗИ и фистулографии) через 10-12 суток выполняли замену дренажей на более тонкие, или подтягивали дренажи, не удаляя их полностью. Желчеистечение по дренажам из остаточной полости прекращалось в сроки 12±3,4 суток. У трех пациентов в ближайшем послеоперационном периоде дебит желчи по дренажу из остаточной полости превышал 600 мл в сутки, им выполнена ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией с декомпрессивной целью, что позволило ликвидировать наружный желчный свищ без дополнительной операции в сроки до трех недель. Дренажи удаляли после контрольного УЗИ печени и положительной динамике лечения в сроки 21±5,2 суток. Ни в одном наблюдении не потребовалось повторных вмешательств на желчных путях. Нагноение остаточных полостей наблюдалось у двух больных в сроки до 2 месяцев после выписки, что потребовало пункционного лечения с хорошим исходом. Выводы: Множественные мелкие цистобилиарные коммуникации при эхинококкозе печени являются причиной формирования наружных желчных свищей после операции. Управляемая постоянная вакуумная аспирация содержимого остаточных полостей после эхинококкэктомии позволяет добиться относительно быстрого закрытия желчных свищей и создает условия для облитерации остаточной полости без опасности повреждения протоков и развития холангита.

277.Магнитно-резонансная томография в диагностике острого аппендицита у беременных во II и III триместре

*Багдасаров В. В.(1), Багдасарова Е. А. (2),
Самойлова Ю.А.(1), Сытник А.А(1)*

Москва

Городская клиническая больница им.С.С.Юдина (1),
Сеченовский Университет(2)

Цель исследования: оценить возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике острого аппендицита у беременных во II и III триместре. Материал и методы исследования. С января 2017 по декабрь 2017 г в проспективном исследовании приняли участие 32 беременных во II и III триместре с симптомами острого аппендицита, средний возраст которых составил $26 \pm 2,1$ лет. Средний гестационный возраст составил 22 недели (диапазон 20–37 недель). Контрольную группу составили 60 женщин с острым аппендицитом (не беременных) Для исследования применялся 1,5Т томограф Toshiba Exelart Atlas. Был сформирован протокол сканирования длительностью менее 15 минут, который включал в себя получение T2 SSFSE (FASE) томограмм в трех проекциях, T2 SSFSE (FASE) томограмм с подавлением сигнала от жира в 1-ой (реже в 2-ух) проекциях, и DWI томограмм в двух проекциях. По времени сканирования совокупное время сканирования SSFSE в трех проекциях занимало около 4-6 минут, DWI сканирование в двух проекциях выполнялось в течение приблизительно 6-8 минут. Диагноз острого аппендицита во 2 и 3 триместрах беременности считается крайне сложным. Стертость и вариабельность клинической картины острого аппендицита, обусловленная физиологическими и анатомическими изменениями во время беременности, совпадение симптомов острых хирургических заболеваний и акушерской патологии. Чем больше срок гестации, тем выше летальность (0,3-30,0%), что обусловлено трудностью диагностики и поздней операцией. Ретроспективные исследования Калифорнийского медицинского университета (США), включавшие результаты лечения 3133 беременных, перенесших аппендэктомия, показали, что диагностическая точность острого аппендицита у беременных составляет лишь 25-50% случаев. Сложность однозначной трактовки полученных при исследовании объективных данных обосновывают необходимость поиска достоверных дополнительных методов. Во II и III триместрах, в

связи с топографо-анатомическими изменениями расположения червеобразного отростка, частота ошибок УЗИ может достигать 35%. В зарубежных исследованиях было показано, что чувствительность и специфичность МРТ при диагностике аппендицита у беременных составляет 100 и 93,6%, соответственно. В большинстве исследований побочного действия МРТ, даже в первом триместре беременности, выявлено не было, что является по всей видимости предпочтительным во время беременности (рекомендации American College of Radiology's, 2007). Сегодня практически повсеместно имеется возможность выполнять сканирования с применением сверхбыстрого спинного эха (SSFSE) и получения диффузно-взвешенных изображений (DWI), что позволяет эффективно выполнять исследования беременных пациентов с подозрением на острую хирургическую патологию. Результаты. У 68,8% беременных во II и III триместре клиническая картина принимала атипичное, стертое течение. В качестве скринингового метода у всех беременных с подозрением на острый аппендицит проводили ультразвуковое исследование. Согласно результатам ультразвукового исследования, диагноз острого аппендицита был установлен только у 12 (37,5%) из 32 беременных, в то время как у 20 (62,5%) из 32 больных острый аппендицит не был подтвержден ультразвуковым исследованием. У небеременных пациенток при ультразвуковом исследовании удалось визуализировать неизмененный червеобразный отросток в 3-х (5%) из 60 наблюдений, а при магнитно-резонансной томографии в 58 (96,7%) из 60 случаев. Диагностическую лапароскопию во второй половине беременности в наших наблюдениях не использовали. Неизмененный червеобразный отросток на T2 МРТ изображениях представляется гипоинтенсивной линейной структурой, исходящей из области купола слепой кишки, длина его варьируется от случая к случаю, диаметр его поперечного сечения в среднем составляет 4-6мм, неизмененный червеобразный отросток на фоне интимного прилегания анатомических структур правой подвздошной области может дифференцироваться с большим трудом. Диагностическим критерием острого аппендицита было утолщение червеобразного отростка (пограничным значением считался диаметр поперечного сечения отростка в 6 мм), усиление сигнала от его просвета, что в первую очередь обусловлено отеком его слизистой. Часто на томограммах на фоне отека слизистой наблюдалась четкая дифференцировка мышечной стенки, на DWI томограммах и ADC картах отечная

слизистая характеризуется ограничением диффузии. При деструктивном аппендиците чаще всего наблюдается неравномерное и выраженное утолщение мышечной стенки червеобразного отростка. Также может регистрироваться отек клетчатки вокруг отростка и скопление жидкости вокруг него, что характеризует местное распространение воспалительного процесса. При распространении воспаления на купол слепой кишки может наблюдаться утолщение его стенки и реактивное увеличение регионарных лимфатических узлов. При проспективном изучении результатов сканирования большая роль отводилась оценке DWI томограмм, когда локализация червеобразного отростка выявлена на T2 FASE томограммах. Наличие ограничения диффузии в стенках червеобразного отростка явно указывало на его воспалительные изменения. Сканирование DWI позволяет оценить воспалительные изменения в стенках кишки, лимфатических узлах, а также паренхиматозных органах, попавших в зону сканирования. В отдельных случаях были дополнительно выполнены T2-FS томограммы, назначением которых была визуализация отека клетчатки вокруг воспаленного червеобразного отростка. Чувствительность МРТ к острому аппендициту составила 96,8%, специфичность 97,4%. У 28 (87,5%) беременных МРТ позволила правильно установить диагноз деструктивный аппендицит, подтвержденный на операции. У 4 беременных диагностирован тифлит. Ложноотрицательные результаты МРТ не отмечались, что подтверждает достоверность использования данного метода обследования в диагностике острого аппендицита у беременных. Визуализация неизмененного червеобразного отростка при МРТ позволяет нам принять правильно тактическое решение. На T2 томограммах неизмененный червеобразный отросток визуализируется как гипоинтенсивная удлиненная структура без четко регистрируемого просвета. Ложноотрицательные результаты на МРТ не отмечались, что подтверждает достоверность использования данного метода обследования в диагностике острого аппендицита у беременных. Несмотря на литературные данные, свидетельствующие о безопасности лапароскопической аппендэктомии у беременных, преимущества ее незначительны, а риск гибели плода выше, чем при открытой аппендэктомии, что может являться поводом для отказа от лапароскопической аппендэктомии (Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого аппендицита). В наших наблюдениях только у 2 (7,1%) беременных (при

беременности 22-23 недели) была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, у которых впоследствии наблюдались преждевременные роды с гибелью плода. Выводы: Своевременная диагностика острого аппендицита у беременных во II и III триместре часто представляет сложную проблему, решение которой требует знания особенностей течения острого аппендицита во второй половине беременности и, учитывая высокий диагностический уровень и точность МРТ, рекомендуем её как способ выбора визуализации.

278. Возможность применения вакуум-ассистированных повязок при лечении наружного дуоденального свища

Иванов С.А., Корымасов Е.А.

Самара

Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Травмы двенадцатиперстной кишки (ДПК) продолжают оставаться сложной проблемой современной хирургии, поскольку сопровождаются тяжелыми осложнениями и высокой летальностью. Несостоятельность швов ДПК приводит к прогрессированию перитонита, а формирование высокого дуоденального свища приводит к быстрому истощению больного и требует сложных методов лечения. Дуоденальное содержимое, бесконтрольно поступающее в окружающие ткани даже при наличии дуоденального зонда, не позволяет ограничить свищ и сделать его управляемым, и способствует прогрессированию воспаления передней брюшной стенки. Применение вакуумной терапии при лечении высоких свищей желудочно-кишечного тракта на современном этапе развития хирургии широко обсуждается в литературе, что может открыть новые перспективы в лечении этой категории тяжелобольных. Цель. Улучшить формирование наружного дуоденального свища при хирургическом лечении повреждения двенадцатиперстной кишки. Материал и методы. Больная М, 21 года 25.10.2016 года получила закрытую травму живота криминального характера.

За медицинской помощью обратилась в районную больницу спустя 12 часов после травмы с резкими болями по всему животу 26.10.2016 года. Был выставлен диагноз: закрытая травма живота с повреждением внутренних органов, закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, множественные ушибы мягких тканей конечностей. Шок II-III степени. Больная была оперирована в экстренном порядке, на операции выявлен разлитой желчный перитонит, продольный внутрибрюшинный разрыв нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки на протяжении 4 см., разрыв правой доли печени. Выполнено ушивание дефекта печени, разобщение ДПК и желудка аппаратным способом, наложение гастроэнтероанастомоза на длинной петле с Брауновским соустьем, холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости. После стабилизации состояния пациентки, больная для дальнейшего лечения переведена в СОКБ им. Середавина. 28.10.2016г выполнена программная релапаротомия, санация брюшной полости, редренирование. Однако 02.11.2016 года у больной появилось дуоденальное содержимое по дренажам в правом подреберье. Дебит кишечного содержимого составил до 500 мл. На релапаротомии 02.11.2016 года установлена частичная несостоятельность швов ДПК, остальные анастомозы состоятельны, перитонит носит ограниченный характер. Выполнено формирование дуоденостомы на сквозном дренаже диаметром 6 мм, проведенном трансназально через оба анастомоза для декомпрессии ДПК. Вокруг дренажа в зону несостоятельности установлена поролоновая губка для отграничения зоны несостоятельности от свободной брюшной полости, доступ к смене повязки сформирован через рану в брюшной стенке длиной 4 см, параллельно дуоденостоме выполнено наложение вакуумной системы Vivano. Больной проводилось смешанное парентеральное и энтеральное питание с применением питательных смесей per os. Контроль усвоения энтерального питания проводился 2 раза в сутки, дебит дуоденального содержимого составлял от 200 до 600 мл. каждые 4 часа проводилось промывание дуоденостомы ортоградно с помощью шприца. Смена вакуум-ассистированной повязки проведена на 5 сутки. Удалена поролоновая губка, при этом отмечено формирование отграниченного канала вокруг дуоденостомы. Защиту кожи проводили с помощью калоприемника, сформированного вокруг дуоденостомы. Аспирацию содержимого ДПК не проводили, на дренаж установили кремальеру, которую пациентка самостоятельно открывала по мере ощущения переполнения. На 8 сутки рану

вокруг дуоденостомы закрыли вторичными швами. На 15 сутки дуоденостома была удалена, сформированный наружный свищ ДПК закрылся самостоятельно на 20 сутки. Через день удалена холецистостома. 02.12.2016 года пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Срок послеоперационного наблюдения составил 1 год, пациентка чувствует себя удовлетворительно. За время наблюдения больная перенесла беременность, которая завершилась 19.12.2017 года нормальными родами. Выводы. При несформированных неполных посттравматических свищах ДПК применение вакуум-ассистированной повязки позволяет создать условия для формирования управляемой дуоденостомы, что улучшит условия стабилизации состояния пациента, позволит проводить смешанный режим питания, что очень важно для нормальной регенерации поврежденной кишечной стенки и лечения энтеральной недостаточности у этой категории больных.

279. Минно-взрывная травма на Кавказских Минеральных Водах

Валкадов В.В.

Минеральные Воды

ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"

Актуальность. Напряженная военно-политическая обстановка в Мире, региональные войны, миграционные процессы, рост экстремистской, протестной террористической деятельности, ставит минно-взрывную, осколочную травму в ряд актуальных проблем для здравоохранения России и других стран.. Минно-взрывная травма(МВТ)- оружие массового поражения, которое приводит к сложной осколочной, баро-контузионной травме, с возникновением паники, психо- реактивных, неврогенных заболеваний. Цель: анализ и оптимизация медицинской помощи гражданскому населению при МВТ. Материалы и методы. Боевые действия в Чеченской республике начались в 1994 г., а МВТ появилась в г. Минеральные Воды как следствие не легального(1996-1997г.г.) распространения оружия - случайных взрывав гранат, гранатомета(10 больных), а как теракт (2001

г.). В Минераловодскую РБ поступило-82 раненых, 54-е-помощь амбулаторная, 21-му- произведены операции в "Минераловодской РБ", в стационаре, 7-мь- операции в г.г. Пятигорске, Лермонтове, Ессентуки, 14- погибшие. Все 92-а раненных поступили в сроки 0,5-1,5 часа Д-з: МВТ, баротравма множественные осколочные ранения конечностей, ЗЧМТ, головы, туловища, шок 2-4 ст.(31), повреждением подколенной артерии(1), селезенки(1), печени(3), тонкого кишечника (6), толстого(3), мочевого пузыря (1), открытые переломы : черепа(1), ключицы(1), плеча(1), таза(1), бедра(1), голени(3), травматическая ампутация бедра(2), голени(1), верхней конечности(2), предплечья(1), ожоги лица, конечностей (3). Результаты: 30-ти раненным операции произведены в течение 0,5-1,5 часов с момента травмы; лапаротомия, швы на раны органов. Одному больному-из-за трудности диагностики лапаротомия произведена на 6-е сутки- ушиты 5-ть ран тонкого кишечника. Через 1,5 месяца выписан на амбулаторное лечение.. Умерло -5-ть больных Впервые, на КМВ, в г. Минеральные Воды президентом Ассоциации врачей хирургического профиля Восканян Э.А. осуществлена особая практика оказания помощи, сортировки пострадавших при МВТ бригадами высококлассных хирургов, травматологов, нейрохирургов, реаниматологов, которые прибыли по его просьбе через 40 минут и эвакуировали часть тяжело раненных (7) в стационары г.г. Пятигорска, Ессентуки, Лермонтова, облегчив оказание специализированной помощи не транспортабельным больным в стационарах "Минераловодской ЦРБ". Отягчающим фактором теракта в г. Минеральные Воды стало поступление (1-30 сутки) в неврологический и дневной стационары пациентов с психо-неврологическими заболеваниями(141): астено-невротические(11), депрессивно- фобические(129), , острый психоз (1). Мужчин-68, женщин-71, детей-2. Выводы. МВТ-оружие массового поражения, требующая немедленной организации своевременной доставки, сортировки раненных, их массового приёма, регистрации. И одновременно, осуществление реанимационной, специализированной медицинской помощи, с привлечением иногородних мобильных врачебных бригад, МЧС. А для охраны, поддержания порядка, предупреждения паники необходимо использовать сотрудников полиции, ГБДД, волонтеров, психо-неврологов. сотрудников аптек, при общем контроле Минздрава и городских властей. .

280. Влияние операционного доступа на развитие несостоятельности швов сформированного анастомоза при резекциях прямой кишки по поводу рака

Шишкина Г.А., Топузов Э.Г., Петряшев А.В., Топузов Э.Э., Тютюнников Д.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность В последнее время значительно выросло число операций по поводу рака прямой кишки с первичным восстановлением непрерывности толстой кишки. Однако, частота несостоятельности колоректальных и колоанальных анастомозов остается высокой (по различным данным, от 6 до 45%). Продолжается дискуссия относительно влияния операционного доступа на развитие несостоятельности анастомоза и какой из них является наиболее предпочтительным (лапароскопический доступ или лапаротомный). Цель исследования: определение влияния операционного доступа на развитие несостоятельности швов анастомоза при резекциях прямой кишки по поводу опухоли. Материал и методы Мы провели ретроспективный анализ результатов лечения 75 пациентов раком прямой кишки, которые проходили лечение в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2004 по 2015гг. Всем больным были выполнены резекции прямой кишки с формированием первичного анастомоза, без формирования превентивной стомы. Из 75 пациентов мужчин было 23 человека (30,7%), женщин - 52 пациентки (69,3%). Возраст пациентов варьировал от 34 до 86 лет. Средний возраст составил $65,7 \pm 11,55$ лет. Результаты исследования В ходе исследования пациенты были разделены на две группы согласно наличию развившейся в послеоперационном периоде несостоятельности швов сформированного анастомоза. В группу А (с несостоятельностью анастомоза) включены 11 пациентов (14,7%). Группу В были составили 64 больных (85,3%), у которых несостоятельность швов анастомоза не развилась. Между группами не было выявлено достоверных различий по стадии заболевания, локализации опухоли в отделе прямой кишки. Лапароскопические резекции прямой кишки были выполнены 7 больным (9,3%): 1 пациенту в группе А (9,1%) и 6 больным в группе В (9,4%). Лапароскопически-ассистированные операции выполнены 4 больным (5,3%): 3 из группы

А (27,3%) и 1 из группы В (1,6%). Резекции прямой кишки из лапаротомного доступа были выполнены 64 пациентам (85,3%): 7 из группы А (63,6%) и 57 из группы В (89,1%). При анализе данных получены достоверные различия в распределении частот в группах получены у пациентов при лапаротомных резекциях прямой кишки ($p=0,049$) и лапароскопически-ассистированных операциях ($p=0,009$). При этом в анализе рассчитанных значений отношения шансов, вычисленные для лапароскопически-ассистированного варианта доступа, получены достоверные результаты ($p=0,0092$): ОШ=23,62. Для лапаротомного доступа при резекциях значения ОШ составили 0,21, также достоверны ($p=0,039$). Выводы: Полученные результаты показывают не преимущество какого-либо операционного доступа над другим, а в большей степени являются показателем влияния технических трудностей во время операции.

281. Лапаростома, как метод профилактики послеоперационных осложнений и динамического контроля за состоянием органов брюшной полости при обширных и комбинированных операциях в онкологии

Мартынов А. А. Баранов А. И. Афонина Т. А.

Новокузнецк

ГБУЗ НКОД Новокузнецкий клинический онкологический диспансер, НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ГБУЗ КО Новокузнецкая городская клиническая больница № 5

Актуальность: Обширные, комбинированные операции в хирургической практике сопровождаются значительным числом послеоперационных осложнений. По данным ряда авторов частота после операционных осложнений варьирует от 0,5 до 8% ,а при операциях на толстой и прямой кишке до 20%. Цель исследования: Выявить эффективность лапаростомы, как метода профилактики послеоперационных осложнений, декомпрессии и динамического контроля за состоянием резецированных органов брюшной полости в онкологии. Материалы и методы: В

исследование включено 127 (100%) пациентов, оперированных в ГБУЗ НКОД за период с 2011 по 2017 года, среди них женщин – 72(56,7%), мужчин – 55(43,3%). Средний возраст пациентов 60 лет. Больные разделены на 2 группы: Первая группа – 58 пациентов (45,7%), оперативные вмешательства заканчивались лапаростомией, группа сравнения – 69 пациентов (54.3%) операции заканчивались без формирования лапаростомы. Оценка состояния больных перед оперативным вмешательством проводилась по шкале Александра и составляла от 6 баллов и выше. Показанием к отсроченному ушиванию брюшной полости (завершение первичной операции лапаростомией) мы выставляли : 1)Контаминация брюшной полости в ходе хирургических вмешательств 2)перенесение времени наложения первичных анастомозов в условиях массивной бактериальной контаминации брюшной полости на более поздние сроки. 3)Сомнения в жизнеспособности резецируемых органов 4)Интраоперационное утяжеление состояния больного, большего расширения объема оперативного вмешательства в сравнении с намеченным планом, срыва компенсации сердечно-сосудистой системы Первая группа больных(58 пациентов) перенесших обширные хирургические вмешательства на органах брюшной полости с оставлением лапаростомы. 42 человек (72,5%) выписаны с выздоровлением. Умерло 8 человек(13,8%). 8 пациентов прошли с различными видами осложнений. Больным в послеоперационном периоде проводились, от 1 до 3 санаций, оценивались брюшная полость при отсутствии патологии, дренировалась и ушивалась наглухо. Группа 69 пациентов перенесших обширные хирургические операции без лапаростомы: 46 больных выписано без осложнений (66,7%). У 23 больного (33,3%) различные виды осложнений, из них у 19 больных (27,5%) потребовалась релапаротомии различные виды хирургического лечения. 4 больным проводилось консервативное лечение (5,7%). Умерло 5 больных (7,2%). Отмечено, что у больных перенесших обширные операции на органах брюшной полости послеоперационный период сопровождается парезом кишечника, скоплением жидкости в брюшной полости. Увеличение содержимого в брюшной полости, а при недостаточном обезболивании и напряжении мышц передней брюшной стенки, вызывает несоответствие содержимого живота, к его объему, вызывая внутрибрюшную гипертензию и приводя в некоторых случаях к развитию компартмент синдрома. По этому накладывая лапаростому мы осуществляли не только динамический контроль за

состоянием органов брюшной полости, но и профилактику внутрибрюшной гипертензии. В 1 группе (с оставлением лапаростомы) осложнений меньше, летальность выше. Во второй группе осложнений больше, летальность оказалась ниже. Выводы: Одним из решений профилактики послеоперационных осложнений и динамического контроля за состоянием органов брюшной полости, декомпрессии ее, являются формирование лапаростомы при первичной операции. Метод проявил себя как достаточно эффективный способ профилактики ранних послеоперационных осложнений, не требующих дополнительных затрат. Однако, при плановых оперативных вмешательствах использование подобной хирургической тактики носит ограниченный характер.

282. Возможность видеолaparоскопических вмешательств у больных с местным перитонитом

Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю.

Ставрополь

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный
медицинский университет

Видеолaparоскопические вмешательства сочетая в себе радикальность с малой травматичностью, значительно сокращают сроки послеоперационного периода и способствуют ранней реабилитации пациентов. Но и эта, широко внедренная методика, зачастую применяемая в остром периоде заболеваний сопряжена с опасностью развития осложнений. Цель исследования. Оценить возможность проведения видеолaparоскопических вмешательств у больных с острой хирургической патологией осложненной местным перитонитом и систематизировать характер возникающих осложнений для определения оптимальной тактики. Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов 174 больных оперированных по поводу острого аппендицита и острого холецистита с явлениями местного перитонита. Видеолaparоскопическая аппендэктомия выполнена 95 больным, видеолaparоскопическая холецистэктомия 109 больным.

Возраст больных колебался от 17 до 72 лет. Результаты. У 132 (75,8%) больных был местный серозный перитонит, у 28 (16%) серозно-фибринозный, у 14 (1,8%) отмечалось ограниченное скопление гноя. Всем больным проводилась первичная видеолaparоскопическая санация. При этом применялись водные растворы хлоргексидина и фурацилина. Для промывания брюшной полости использовался аквапуратор, при этом объем одномоментно вводимого раствора не превышал 250-300 мл, что препятствовало растеканию растворов и экссудата в другие анатомические области. Общий объем растворов, используемых для санации составлял от 1,5 до 3,0 литров. На продолжительности операции дополнительное промывание существенно не сказывалось. Оперативное вмешательство заканчивалось дренированием брюшной полости в 100% случаев. У 37 (21,2%) больных оставалась фистула для динамической видеолaparоскопии. Динамическая санационная видеолaparоскопия проведена у всех 37(21,3%) боль-ных. У 5 однократная, в двух случаях двукратная, у 1 пациента санационные видеолaparоскопии проводились 3 раза. Гипертермия в послеоперационном периоде наблюдалась у 97 (55,7%) больных, что связано было в первую очередь с наличием значительных коагуляционных поверхностей в области ложа желчного пузыря. Достаточно стойкий парез наблюдался у 56 (32,2%) пациен-тов, разрешался медикаментозно. При формировании внутрибрюшных абсцессов (ВБА) 24 случая (13,7%) отмечалась характерная клиническая картина с 4-6 суток заболевания. Диагноз подтверждался данными УЗИ и КТ. Во всех случаях выполнялось дренирование под контролем УЗИ, при этом объем абсцесса составлял от 30 до 80 мл. В 5,2% содержимым являлась инфицированная желчь (билома). Сроки санации полости абсцесса составили от 7 до 12 суток. Уменьшение полости абсцесса доказано фистулографией. Нагноение послеоперационных ран отмечалось в 37 (21,3%) случаях, но учитывая не-значительные размеры доступа, существенно на сроках пребывания в стационаре данное явление не оказывало. Чаще всего происходило нагноение раны в параумбиликальной обла-сти, что связано с её наибольшей травматизацией при извлечении желчного пузыря, а также возможном вскрытии последнего при извлечении. Нагноение послеоперационной раны по-мимо прочего естественно нуждалось в местном лечении: промывание антисептиками, в по-следующем повязки с левомеколем. Реактивный плеврит наблюдался в 38(21,8%) случаях. Отличительной и

закономерной особенностью было сочетание с другими осложнениями (билома, наличие ВБА). Выполнялось от 1 до 4 пункций плевральной полости под УЗ-наведением, наряду с миниинвазивным воздействием на первопричину осложнения. Существенного влияния на сроки пребывания в стационаре не отмечено. Выводы. В связи с постоянным совершенствованием видеолaparоскопической техники и накоплением личного опыта оперативной техники хирурга большинство оперативных вмешательств могут быть окончены видеолaparоскопически даже на фоне местного перитонита. Формирование ВБА и билом существенно не влияют на тактику лечения и сроки пребывания в стационаре при условии индивидуальной программы коррекции осложнений.

283. Первый опыт радиочастотно-индуцированной термотерапии (RFITT) малой подкожной вены и перфорантной вены подколенной ямки

Шульц О.Г., Шульц А.А., Чаткин Д.Г.

Нижний Новгород

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

Актуальность: Выполнение хирургического вмешательства на малой подкожной вене или других источниках патологического вено-венозного сброса, локализующихся в подколенной ямке, представляет определенные технические трудности, связанные, в первую очередь с повышенным риском развития неврологических осложнений. Несостоятельной малой подкожной вены выявляется в 15-20% случаев заболевания и может приводить к развитию тяжелых трофических расстройств на голени. Перфорантная вена подколенной ямки, впервые описанная Leon Thiery в 1983 году, располагается в верхнелатеральной части подколенной ямки, при несостоятельности формирует варикозный синдром по задней и наружной поверхности голени. Частота ее выявления составляет 0,84% от всех вмешательств по поводу варикозной болезни. Сочетание вертикального рефлюкса по малой подкожной вене и несостоятельного перфоранта Thiery,

объединенных рядом венозных анастомозов в единую гемодинамическую систему было выявлено в 0,56 % вмешательств (собственные данные за 15 лет; доклад и тезисы X конференции АФР). В последние годы появился ряд научных публикаций, посвященных анализу результатов эндовенозной лазерной термооблитерации ствола малой подкожной вены (ЭВЛО). Частота развития нейропатии n.suralis после ЭВЛО по литературным данным составляет от 4,4% (Theivacumar NS, 2007) до 40% (Desmyt?re J, 2010). Работ посвященных радиочастотной абляции МПВ очень мало. Цель: Определить эффективность радиочастотно-индуцированной термотерапии (RFITT) малой подкожной вены и перфорантной вены подколенной ямки и частоту развития осложнений. Материал и методы: С августа по ноябрь 2017 года нами были выполнены 17 вмешательств на малой подкожной вене и одно на перфорантной вене Тьеры методом биполярной радиочастотной абляции с использованием системы Olympus CelonLab Precision (Germany) и биполярного аппликатора RFITT CelonProCurve®. Во всех случаях выполнялась тумесцентная анестезия. Диаметр малой подкожной вены составил $7,36 \pm 3,74$ мм (SD), диаметр вены Thiery составил 4,5 мм. Вмешательство производилось в положении пациента на животе. У 7 пациентов одновременно была одномоментно также выполнена эндолуминая термоабляция ствола большой подкожной вены, в одном случае передней добавочной подкожной вены, в двух случаях межсафенной вены, у одного пациента крупной несостоятельной вены Thiery. Канюляция малой подкожной вены проводилась у 13 пациентов в средней трети голени, у 3 пациентов в нижней трети голени, в остальных случаях были канюлированы межсафенная вена и перфорантная вена подколенной ямки. Контрольные осмотры в послеоперационном периоде производились на 1,3, 9-10 сутки и через 6 недель после вмешательства. Реканализации вен в указанные сроки не выявлено, во всех случаях была достигнута облитерация. Диапазон мощности радиочастоты составил в среднем $12,33 \pm 1,57$ Вт (SD). Ни в одном случае явлений нейропатии периферических нервов нами выявлено не было. Не наблюдалось также тромбозов глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии и воспалительных осложнений. Заключение: Анализ первого опыта радиочастотно-индуцированной термотерапии (RFITT) малой подкожной вены и перфорантной вены Thiery позволяет полагать, что данная малоинвазивная методика позволяет успешно достигать облитерации целевых вен подколенной ямки и

задней поверхности голени при низком риске осложнений. Для получения долгосрочных результатов лечения более весомых выводов требуется дальнейшее исследование.

284. Проблемы учета и статистики синдрома диабетической стопы

Лукин П.С. (1, 2), Заривчацкий М.Ф. (2),
Блинов С.А. (2), Фирсова Е.П.

Пермь

- 1) Городской консультативно-диагностический эндокринологический центр ГБУЗ ПК "ГКП№5"
- 2) ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера" Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день число больных с синдромом диабетической стопы (СДС) неуклонно растет. Интерес к проблеме данного осложнения сахарного диабета собирает хирургические конференции на разных уровнях. Доклады любого характера начинаются с данных статистики, отражающей увеличение количество больных СДС. Однако не имея кода МКБ-10 - «синдром диабетической стопы», можно ли с уверенностью говорить о статистике данного заболевания и количестве ампутаций к которым оно приводит? В различных регионах РФ и странах мира принято шифровать СДС по своему и единообразия в этом нет. Материалы и методы. Нами была проанализирована действующая международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10), принятая в 1990 году в Женеве Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, которая переведена на 43 языка и используется в 117 странах. Проведен анализ данных IDF по сахарному диабету и СДС, материалы VII Всероссийского конгресса эндокринологов, доклады различных конгрессов и конференций разных уровней, посвященных проблемам СДС, научные статьи по СДС. Полученные результаты. Анализ научных статей и докладов показал отсутствие единства в данных статистики по сахарному диабету и СДС, для понимания приведем несколько цитат: «Данное осложнение возникает у 10% больных, еще 40-50% пациентов с диабетом входят в группу риска»,

«Синдром диабетической стопы диагностируется в среднем у 7% диабетиков», «Ряд авторов утверждает, что 2/3 осуществляемых ежегодно ампутаций – последствия СД», «СДС поражены около 8-10% больных сахарным диабетом», «Это самое частое осложнение сахарного диабета, возникающее у 80% диабетиков со стажем болезни 15–20 лет и более, в половине случаев завершающееся ампутацией конечности», «Диабетическая стопа, ... развивается в среднем у 5-10% пациентов с диабетом», «В 90% случаев синдром диабетической стопы диагностируется при сахарном диабете второго типа», «Значительная доля всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера приходится на больных с синдромом диабетической стопы (около 60%)», «Хотя статистика показывает, что синдром диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом развивается все реже (за последние 15 лет количество этого осложнения диабета сократилось на половину)». По данным IDF СДС развивается в 25% случаев сахарного диабета и в 80% из них приводит к ампутации, в России на 01 января 2016 число больных сахарным диабетом составило 12,1 млн. человек. На VII Всероссийском конгрессе эндокринологов (03 марта 2016, Москва) было озвучено, что в России на 01 января 2016 года 4300563 больных сахарным диабетом. Синдром диабетической стопы при СД2 составил 2.1%, при СД1 — 4,4%. Ампутации вынесены как отдельное осложнение и составили 0,7% и 2,0%, соответственно. МКБ-10 не имеет конкретных кодов, обозначающих СДС. Все коды носят расширенный, за частую не понятный характер: «сахарный диабет с другими уточненными осложнениями, с множественными осложнениями, с неуточненными осложнениями». СДС можно зашифровать и как «сахарный диабет с неврологическими осложнениями и с нарушением периферического кровообращения», так как он включает в себя все предложенные понятия и является более чем «уточненным осложнением». Обсуждение. Таким образом отсутствие единого кода МКБ-10 «синдром диабетической стопы» приводит к полному не понимаю сложившейся ситуации, статистические данные можно подвергнуть сомнению. В мире и в России в частности нет единства в кодировке СДС. Во многих отечественных ЛПУ основным ставиться код I70.2 — атеросклероз нижних конечностей, а следовательно и ампутация была по поводу атеросклероза, а не по поводу СДС. Отсутствие единства ставит и под угрозу полноценное финансирование направления по борьбе с СДС. Статистика — наука точная, но не в данном случае. Не внедрив код «СДС» в МКБ, мы

будем продолжать получать данные «гадания на кофейной гуще». Мировое сообщество оценивает ситуацию по сахарному диабету в мире и в России своими цифрами, мы своими. Выводы. Введение кода МКБ-10 «синдром диабетической стопы» позволит дать полную картину по данному осложнению сахарного диабета. Правдивая статистика позволит объективно финансировать направление и принимать своевременные меры профилактики. Рекомендации. Добавить в имеющуюся МКБ-10 коды: Edf10 — инсулинзависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы и Edf11 - инсулиннезависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы, где df - diabetic foot (диабетическая стопа).

285. Опыт хирургического лечения обтурационной тонкокишечной непроходимости на фоне безоаров

*Ершов К.Г.(1,2), Гриценко О.А.(1,2),
Самойленко М.Ю.(2)*

Новосибирск

1—ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России,
2—ГБУЗ НСО «Государственная клиническая больница № 11».

Клиника имеет опыт хирургического лечения 25 случаев редкого вида обтурационной тонкокишечной непроходимости, обусловленной безоарами. Актуальность. Для данного вида непроходимости характерна стертая клиническая картина, позднее поступление от начала заболевания в стационар, медленное развитие, отсутствие лапаротомии в анамнезе. В силу вышесказанного, своевременная диагностика и, следовательно, хирургическое пособие запаздывает. Материалы и методы. За последние 10 лет в Новосибирскую городскую клиническую больницу № 11 поступило 25 пациентов с обтурационной тонкокишечной непроходимостью на фоне безоаров. Мужчин 6, женщин 19. Возраст от 16 до 48 лет. Давность заболевания от 1 до 5 суток. Всем пациентам выполнялся пассаж контраста. Время до операции в стационаре от 6 часов до 2х

суток. Показанием к операции считали выраженную ассиметрию передней брюшной стенки, «шум плеска», прекращение пассажа контраста («стоп-контраст»). Хирургическое пособие: лапаротомия, в 22 случаях выполнена энтеротомия, удаление безоара. Только в 3 наблюдениях удалось низвести препятствие в ободочную кишку. У 15 пациентов безоары были одиночными, у остальных от 2 до 5. У 4 пациентов выявлены крупные безоары в желудке на фоне кишечной непроходимости, что потребовало гастротомии и удаления их. Наиболее частая локализация препятствия 70–80 см от илеоцекального угла. Только у одного пациента в анамнезе была лапаротомия (резекция желудка). Результаты. Все пациенты выздоровели, у 1 развилась ранняя спаечная послеоперационная тонкокишечная непроходимость, что потребовало релапаротомии. В 21 наблюдении безоаром являлся пищевой комок (волокна лука, кабачка, ранетки, грубая кожица винограда, целое яблоко, косточка персика). У 4 пациентов препятствием являлись комки волос с пищей. Резекции кишки ни в одном случае не потребовалось. Выводы. Обтурационная тонкокишечная непроходимость, вызванная безоарами, является редкой формой илеуса. Отсутствие операций в анамнезе, медленное развитие, обильная пищевая нагрузка позволяют заподозрить данную патологию. Чаще всего безоар плотно фиксирован к стенке кишки. Однако некроз кишки возникает редко. Ранняя диагностика и операция—залог успеха.

286. Непосредственные результаты хирургического лечения местно-распространённого колоректального рака с первичным восстановлением кишечной проходимости

*Дарбишгаджиев Ш.О. (1), Баулина Н.В. (1),
Зимин Ю.И. (1,2), Аверьянова Л.А. (1),
Касьянов С.А. (1)*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал
РМАНПО. Областной онкологический диспансер

Введение: Частота местно-распространенного опухолевого процесса при колоректальном раке по данным разных авторов достигает 30% и имеет тенденцию к постоянному росту. Ежегодное увеличение частоты КРР, в том числе и местно-распространённых форм, обуславливает широкое распространение комбинированных оперативных вмешательств при КРР. Расширение объема проводимых оперативных вмешательств на толстой кишке в связи с вовлечением опухолевой процесс близлежащих органов, представляют с собою большую угрозу несостоятельности анастомоза, в связи с чем распространённым является проведение оперативных вмешательств по обструктивному типу. Материалы и методы. Нами проанализированы ближайшие результаты одномоментных, комбинированных оперативных вмешательств на толстой кишке с первичным восстановлением кишечной непрерывности в период с 2014 по 2016гг. Основную группу исследования составили 208 больных с КРР, которым проводились комбинированные резекции толстой кишки с первичным формированием анастомоза при местно-распространённом КРР. В качестве контроля использована группа из 492 больных КРР, которым производились одномоментные резекции с первичным восстановлением кишечной непрерывности в стандартном объеме в тот же период времени. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжестью сопутствующей патологии. Полученные результаты. При морфологической верификации операционного материала подавляющее большинство имело структуру строения аденокарциномы различной степени дифференцировки — 98% в 1-й группе, 97,8% во 2-й группе. Степень дифференцировки аденокарциномы отличалась в обеих группах:

высокодифференцированная аденокарцинома встречалась у 9 больных (4,3 %) в 1 группе, у 72 больных (14,6%) во второй группе, умереннодифференцированная аденокарцинома 97 (46,6%) и 218 (44,3%), низкодифференцированная аденокарцинома 95 (45,7%) и 188 (38,2%), аденокарцинома 3 (1,4%) и 3 (0,6%), прочие 4 (1,9%) и 11 (2,2%), соответственно в 1 и 2 группе. Распространение опухолевого процесса в 1 группе отмечалось в: переднюю брюшную стенку 74, брюшину и окружающую клетчатку 67, петли тонкой кишки 28, мочевой пузырь 21, матка и придатки 16, желудок 8, двенадцатиперстная кишка 6, большой сальник 4, мочеточник 4, капсула почки 3. По 2 случая диафрагму, аппендикс, яичниковую вену, простату и семенные пузырьки, мышцы поясницы, по одному случаю наблюдали вращение опухоли в брыжейку тонкой кишки, нижнюю полую вену, влагалище, сигмовидную кишку, поджелудочную железу и слепую кишку. При местно-распространенном опухолевым процессе выполняли обширные резекции в пределах здоровых тканей с соблюдением онкологических принципов. Больным в обеих группах выполнялись следующие оперативные вмешательства: передняя резекция прямой кишки у 62 (29,8%) больных в 1 группе и 172 (35%) во второй группе, резекция сигмовидной кишки 40 (19,2%) и 141 (28,7), гемиколонэктомия справа 80 (38,5%) и 117 (23,8%), гемиколонэктомия слева у 22 (10,6%) в 1 группе и 29 (5,9%) 2-й, резекция поперечной ободочной кишки 3 (1,4%) и 7 (1,4%), субтотальная колэктомия 1 (0,5%) и 13 (2,6%), обходные анастомозы в первой группе не выполнялись, во второй группе наложены 13 (2,6%) больным. Послеоперационные осложнения после комбинированных операций составили 14,4% (30), в контрольной группе 9,8% (48). Несостоятельность анастомоза в 1 группе возникла у 15 (7,2%) и 17 (3,5%) 2-й, средние сроки пребывания в больнице составили 20,6 и 19,4 дня. Заключение. Проведенный анализ различия между двумя группами по частоте осложнений, развития несостоятельности анастомозов, продолжительности послеоперационного пребывания в стационаре показал их увеличение при проведении комбинированных оперативных вмешательствах.

287. Эндометриоз послеоперационного рубца*Сердюков М.А., Александрова А.К., Салтерева С.Р.*

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ

Актуальность. По данным различных авторов, эндометриоз наблюдается у 50-80% женщин репродуктивного возраста, занимая 3 место в структуре гинекологических заболеваний. Распространенность генитального эндометриоза 92-94%, экстрагенитального менее 6-18%. Наибольший интерес представляет эндометриоз послеоперационного рубца. У большинства пациенток ЭПР развивался в результате имплантации клеток эндометрия в края операционной раны во время акушерских и гинекологических операций, связанных со вскрытием полости матки в течение 1,5-2 лет. Часто ЭПР принимают за различные инфильтраты и назначают некорректное лечение, вызывая усиление симптомов заболевания. Цель исследования. Доказать, что причиной возникновения ЭПР является миграция клеток с внутренних слоев матки на верхние слои тканей, при ушивании апоневроза и подкожно жировой клетчатки; прошивании Z-образным швом углов раны мышечного слоя матки и дальнейшее ушивание узловым швом апоневроза при операции кесарево сечение. Материалы и методы. Проведен анализ за 2017 год на базе НУЗ Отделенческая больница на станции Астрахань 1 ОАО «РЖД» 4 историй болезни пациенток, проходивших хирургическое оперативное лечение по поводу ЭПР 2017 года. Результаты. У всех пациенток с подтвержденным гистологическим исследованием диагнозом ЭПР в анамнезе имелось кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, проведенное по Пфанненштилю. Симптомы ЭПР появлялись после 1,5-2 года. Основные жалобы больных были на уплотнение в области послеоперационного рубца, боли, усиливающиеся во время менструаций и иррадиирующие во внутренние органы малого таза, нарушение мочеиспускания, наличие зуда в области уплотнений, усиливающееся во время менструаций, ощущение инородного тела в области рубца, кровянистые мажущие выделения в области опухолевидного образования, в одном случае наблюдалась зависимость болей от температуры окружающей среды, при низких температурах боли усиливались. Выводы. В нашем случае

прослеживалась четкая зависимость развития ЭПР с операцией кесарево сечения в анамнезе всех пациенток. Также отмечено, что при поперечном разрезе ЭПР располагается в большинстве случаев в углах послеоперационного рубца, чаще всего со стороны оперирующего акушер-гинеколога. Появление симптомов ЭПР возможно спустя 1,5-2 года после перенесенной операции. Общеизвестным лечением ЭПР является хирургическое оперативное иссечение ЭПР при отступе не менее 0,5-1 см от видимых границ и сохранение целостности образования.

288. Отдаленные результаты исследования желчного рефлюкса после операции мини-гастрошунтирования*Хитарьян А.Г. (1,2), Межунц А.В. (2),
Велиев К.С. (1), Сьаржинская О.Б.*

Ростов-на-Дону

1. НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный
2. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Ключевые слова: морбидное ожирение, мини-гастрошунтирование, билиарный рефлюкс
Введение. В настоящее время операция мини-гастрошунтирования (МГШ) является одним из самых быстро развивающихся бариатрических вмешательств в мире. Тем не менее, создание одного анастомоза с тонкой кишкой может являться прямой причиной рефлюкса панкреато-билиарного секрета, вследствие чего остается неразрешенным вопрос относительно долгосрочного теоретического риска развития билиарного рефлюкса и его возможных осложнений, таких как язва области гастроэнтероанастомоза, рак культи желудка и пищевода. Целью этого исследования было проведение анализа билиарного рефлюкса и его потенциальных отдаленных последствий для слизистой оболочки желудка и пищевода у пациентов, перенесших МГШ. Методы. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты (до 30 месяцев, в среднем, 12 месяцев) в когорте из 70 пациентов, перенесших операцию МГШ в период между 2014 и 2017 годами. Пациенты были разделены на две

клинические группы, в зависимости от метода наложения гастроэнтероанастомоза. Использовалась стандартная пятипортовая лапароскопическая техника. В первую группу вошли 32 пациента, которым выполнялась операция МГШ модифицированным способом с наложением ручного гастроэнтероанастомоза. При лечении 38 пациентов использовали традиционную методику с наложением аппаратного гастроэнтероанастомоза с использованием линейного степлера с синим картриджем длиной 45 мм. Затем, в среднем, через 12 месяцев после МГШ, все пациенты подвергались анкетированию с помощью опросника GerdQ. Гастроскопия с биопсией была выполнена всем пациентам с положительными симптомами желчного рефлюкса. Результаты. Число пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, составляло 70 (индекс массы тела 46 кг/м²). Средний процент избыточной потери веса (% EWL) в течение 12 месяцев составил 74,3%. Коэффициент коморбидности, определяемый применением медикаментов, показал снижение показателей сахарного диабета 2 типа (с 71,8% до 15,6%), артериальной гипертензии (с 37,2% до 21,4%) и гиперхолестеринемии (с 40,4% до 13,4%). Отсутствие энтерогастрального билиарного рефлюкса наблюдалось у 81,2% пациентов в исследуемой группе, отсутствие язвы гастроэнтероанастомоза наблюдалось у 97% исследуемой группы, соответственно. Была одна смерть, не связанная с хирургией. Выводы. Разработанный нами модифицированный метод МГШ является безопасной и эффективной операцией для пациентов, страдающих ожирением. Он надежен. Применение данного метода сопровождается хорошей потерей избыточного веса. Предложенная методика формирования ручного гастроэнтероанастомоза позволяет уменьшить послеоперационный билиарный рефлюкс до 8,8%.

289. Герниохирургия в условиях оказания стационарозамещающей хирургической помощи.

Новиков К.В., Воробьев В.В., Пименов П.В., Диденко А.Н.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени
С. М. Кирова, кафедра амбулаторно-
поликлинической помощи

В конце 80-х годов прошедшего века сотрудниками клиники амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге было создано 18 Центров амбулаторной хирургии, в которых до 2000 года выполнено более 5000 операций по поводу грыж передней брюшной стенки. Было показано, что результаты амбулаторных герниопластик не хуже выполненных в стационарах, а число осложнений – во много раз меньше. Послеоперационных нагноений ран в Центрах амбулаторной хирургии при этих операциях было не более 2%, а рецидивов заболелания – около 2-3%. С 2000 года нами выполнено 4721 герниопластик: при паховых грыжах - 3586 (76,0%), бедренных - 22 (0,5%), пупочных - 559 (11,8%), пупочных с диастазом прямых мышц - 157 (3,3%), послеоперационных - 397 (8,4%). Рецидивы: в группе больных с паховыми грыжами - 21 случай (0,6%), с послеоперационными – 3 (0,8%). Все больные с рецидивами грыж оперированы повторно нами и находятся под нашим наблюдением. Аллопластика использована, в общей сложности, у 2205 (46,7%) больных: при паховых грыжах - 2403 (67%), при пупочных с диастазом прямых мышц – 88 (56%), при послеоперационных – 361 (91%). Отмечено 5 случаев отторжений трансплантата при паховых грыжах (0,2%). У 7 (0,2%) больных с паховыми грыжами наблюдалось частичное нагноение послеоперационной раны. Осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем не было. Сейчас уже не идет речи об экономической целесообразности, обоснованности и возможности герниохирургии в условиях оказания стационарозамещающей помощи. В отличие от 80-х годов это уже аксиома. В настоящее время хирургов волнуют вопросы о преемственности работы в системе «Стационар – Поликлиника - ЦАХ», о подготовке кадров для общих и специализированных ЦАХ, о рациональном объеме оперативных вмешательств, о вопросах юридических прав и защиты как пациента, так и

врача, о совершенствовании работы стационаров на дому и др. Полученный опыт и анализ работы в этом разделе хирургии показал, что в условиях нашей страны из общего числа грыженосителей в дневном хирургическом стационаре могут оперироваться не менее 50-60% человек. Тем не менее, реально к настоящему времени этот показатель не превышает 15-20%. Основным препятствием для перераспределения потока этой категории больных является недопонимание сути организации стационарзамещающей помощи у руководителей медицинской службы городов, а отчасти, и хирургов-организаторов. При этом не учитывается фактор отсутствия внутрибольничной инфекции в дневном хирургическом стационаре, участие в этой деятельности очень опытных хирургов, отсутствие послеоперационных дисфункций органов и систем (как результат физической активизации пациентов), изменение характера и силы послеоперационного болевого синдрома, ускорение естественной реабилитации и др.

290. Опыт хирургического лечения больших и гигантских грыж брюшной стенки

*Уханов А.П., Захаров Д.В., Жилин С.А.,
Большаков С.В., Леонов А.И., Амбарцумян В.М.*

Великий Новгород

Центральная городская клиническая больница

Актуальность проблемы: Лечение больных с большими и гигантскими грыжами брюшной стенки является серьезным вызовом для хирурга. Помимо чисто технических проблем, связанных с выбором оптимального доступа, способа мобилизации грыжевого мешка и метода пластики грыжевого дефекта, большое значение имеют вопросы анестезиологического пособия и раннего послеоперационного ведения больных, особенно при наличии тяжелой фоновой и сопутствующей патологии, в частности ожирения, сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой и легочной систем и др. Материалы и методы: За период с 2013 по 2017 годы находилось на лечении 578 больных с грыжами брюшной стенки. Из них большие и гигантские грыжи (W3, W4 - по классификации Европейского общества

герниологов, принятой в 1999 году) были у 56 (9,7%) пациентов. Возраст больных варьировал от 38 до 76 лет и в среднем составил $58 \pm 7,8$ лет. Женщин было 48 (85,7%), мужчин 8 (14,3%). Из общего количества больных у 46 пациентов (82,1%) большие и гигантские грыжи носили послеоперационный рецидивный характер. Сопутствующие заболевания выявлены у 43 больных (76,8%), из них ожирение у 34, сахарный диабет у 17, ишемическая болезнь сердца у 26, хронические обструктивные заболевания легких у 12. Следует отметить, что у ряда больных было сочетание нескольких сопутствующих заболеваний, что требовало участия в предоперационном обследовании эндокринолога, пульмонолога, кардиолога и других специалистов. Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом с использованием мышечных релаксантов. С целью антибиотикопрофилактики интраоперационно внутривенно, болюсно вводили 1 грамм цефтриаксона и 100 мл метронидазола. Примерно у половины больных размер дефекта брюшной стенки не соответствовал размерам грыжи. В процессе хирургического вмешательства у 15 больных при мобилизации грыжевого мешка и были выполнены резекция тонкой кишки у 6, удаление большого сальника у 8, резекция поперечной ободочной кишки у 2. Показаниями к резекционным операциям явились грубые сращения органов с грыжевым мешком и передней брюшной стенкой, множественные повреждения их в процессе адгезиолизиса. Операцию завершали ненапряжным методом вшивания полипропиленового сетчатого эксплантата, при этом методика фиксации onlay применена у 40, методика sublay - у 10 и различные виды задней сепарационной пластики у 6 больных. Дренирование послеоперационных ран по Редону было выполнено всем больным. Результаты: Ежедневно у больных отмечали дебит дренажного отделяемого и его характер. Время нахождения дренажа варьировало от 3 до 10 суток, в среднем $5,6 \pm 1,2$ дня. Всем больным после протезирующей герниопластики в течение 1-2 суток послеоперационного периода проводилась инфузионная терапия. В послеоперационном периоде больные получали антибиотики из группы цефалоспоринов (цефазолин, цефтриаксон, цефатоксим) по 1,0 г. 2-3 раза в день. Продолжительность антибактериальной терапии составила до пяти суток после операции. Больным рекомендовали активный режим с первых суток после операции с обязательным ношением бандажа. Послеоперационные осложнения наблюдались у 15 больных (26,8%), в том числе

послеоперационный парез, более 2-3 суток, разрешившийся консервативно у 2 больных, серомы у 4, краевой некроз кожи у 2, длительный геморрагический дебит по дренажу у 2, гематомы раны у 2, послеоперационная пневмония у 1, тромбоэмболия легочной артерии у 1 и тромбоз верхней брыжеечной артерии у 1 больного. Умерли после операции 2 больных (3,6 %), причинами смерти явились массивная тромбоэмболия легочной артерии у 1 больной и тромбоз верхней брыжеечной артерии, осложнившаяся обширным некрозом тонкой кишки у 2 больной. Следует отметить, что у обоих умерших больных были гигантские послеоперационные грыжи, а возникшие тромбоэмболические осложнения произошли несмотря на проводимую медикаментозную антитромботическую профилактику. Выводы: При хирургическом лечении больших и гигантских вентральных грыж следует проводить индивидуальный дифференцированный подход. Следует добиваться максимальной коррекции сопутствующей патологии, с привлечением профильных специалистов, с целью уменьшения количества экстраабдоминальных, послеоперационных осложнений. Операцией выбора являются ненатяжные методы пластики с использованием сетчатого протеза, при этом методика хирургического вмешательства должна быть индивидуальной в зависимости от объема грыжевого мешка, характера его содержимого, размеров грыжевых ворот, выраженности спаечного процесса в брюшной полости.

291. Принципы ускоренного восстановления (ERAS) в хирургическом лечении хронического панкреатита

Шаймарданов Р.Ш., Губаев Р.Ф.

Казань

1) КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2) ГАУЗ ГКБ №7

В настоящее время тактика ускоренного послеоперационного восстановления (ERAS, Fast track) все чаще применяется зарубежными и отечественными авторами. В основном, она используется в колоректальной хирургии. Целью нашего исследования была оценка перспектив этого подхода в хирургическом лечении пациентов с хроническим панкреатитом. Материалы и методы. С 2013г. по настоящее время в отделении хирургии № 1 ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани выполнено 62 открытых оперативных вмешательств по поводу хронического панкреатита. Среди них: операция Фрея - 32, операция Бегера - 6, цистопанкреатоюностомия - 12, дистальная резекция поджелудочной железы - 5, панкреатодуоденальная резекция - 7. С 2016 года начато применение тактики ERAS, включавшей следующие элементы: использование поперечного двухподреберного доступа, отказ от установки назоинтестинального зонда, продленная перидуральная анестезия, минимизация дренирования брюшной полости (в 5 случаях без дренирования), ранняя активизация больных, раннее пероральное питье и питание. С применением этого подхода оперированы 23 пациента. Результаты. Ранние послеоперационные осложнения в основной группе развились у 8 пациентов (34.7%), в группе сравнения у 16 (41%). Осложнения в обеих группах были I-IIIb ст. по Clavien-Dindo. Средние сроки восстановления перистальтики в основной группе 2.2 сут, группе сравнения 3.1 сут. Среднее пребывание в стационаре в основной группе 12.3 койко-дня, в группе сравнения 16.7. Первые результаты внушают некоторый оптимизм и позволяют сделать вывод, что применение ERAS подхода в хирургическом лечении хронического панкреатита несколько снижают частоту ранних осложнений и средний койко-день.

292.Использование лапароскопической герниопластики IPOM у пациентов с вентральными грыжами

*Кисляков В.Н.(1), Ковалев С.А.(1,2),
Завгородняя Р.Н. (2), Велиев К.С.(1,2)
Орехов А.А.(1,2)*

Ростов-на Дону

1. ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный Медицинский Университет»
2. НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. "Ростов-Главный"

С каждым годом лапароскопическая герниопластика все плотнее внедряется в хирургическую практику. Однако необходимо отметить, что для проведения таких операций необходимы эндопротезы с адгезивным барьером или композитные сетки с антиадгезивной поверхностью. Сочетание лапароскопической IPOM пластики с качественным эндопротезом даёт лучшие результаты лечения, реабилитации и медико-социальной адаптации пациентов, включая значительно меньший процент осложнений и рецидивов. Цель: Анализ результатов использования лапароскопической герниопластики IPOM (intraperitoneal onlay mesh) при вентральных грыжах. Материалы и методы: Представлены результаты исследования из базы пациентов прооперированных с 2015-2017г., в количестве 72-ух человек. Средний возраст пациентов составил 56 + 0,5 лет. 18 пациентов имели индекс массы тела более 35 кг/м². Всем пациентам выполнено предоперационное медицинское обследование в стандартном объёме. Площадь грыжевых ворот колебалась от 3 до 150 см². Выполнение операции начиналось с планирования поперечной и продольной оси расположения композитной сетки так, чтоб её края превышали наиболее удаленные друг от друга края грыжевых ворот на 5 см. Через герниотомический разрез под контролем глаза закрытым способом вводится 10 мм троакара для создания пневмоперитонеума. Установка первого троакара непосредственно в область грыжевых ворот по методике типа Hasson без острого стилета.. Осуществляется обзорная лапароскопия. В свободных от спаек зонах в левых отделах брюшной стенки устанавливаются дополнительные троакары 10мм и 5 мм для манипуляционных инструментов. С использованием электрокоагуляции или ультразвукового инструмента EnSeal выполняется висцеролиз, освобождается грыжевой мешок и

проводится герниолизис. Через герниотомический разрез в брюшную полость выводится сетчатый эндопротез «Реперен» (Нижний Новгород) и при помощи инструментов разворачивается адгезивной поверхностью к передней брюшной стенке. На коже выполняются разрезы, вводится игла для ушивания троакарных ран и выводятся лигатуры поочередно на переднюю брюшную стенку.. В случае провисания сетки или недостаточности фиксации, дополняется наложением экстракорпоральных швов. Результаты: Интраоперационные осложнения не выявлены. Дополнительные анальгетические препараты не назначались. Больные активизировались в первые 12 часов. Выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и отмечалась пациентами как «слабые» и «умеренные». Введение наркотических анальгетиков не требовалось. Ранних послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Средний послеоперационный койко-день в среднем составил 3,2 ± 1,3 суток. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 2 лет. Рецидивы наблюдались у 4 пациентов с размерами грыжевых ворот более 130 см². Выводы: Лапароскопическая методика обеспечивает более мягкое течение послеоперационного периода, характеризующаяся достоверным уменьшением болевого синдрома и снижением количества ранних послеоперационных осложнений, быстрой реабилитацией пациентов, а так же отмечается более раннее восстановление трудовой деятельности и ,как следствие, значительное улучшение качества жизни. Все рецидивы получены у пациентов с размерами грыжевых ворот более 130 см², что по видимому требует совершенствования техники.

293. Возможности клапанной бронхоблокации комплексном лечении осложненных форм туберкулеза легких

Демальдинов Д.А.

Астрахань

ГБУЗ АО "ОКПТД"

В настоящее время, в комплексной терапии легочного туберкулеза активно применяются малоинвазивные хирургические вмешательства. Одним из них является временная обтурация бронха обратным клапаном с различными целями. Цель: изучить эффективность бронхоблокации в терапии осложненных форм туберкулеза. Материалы и методы: в отделении торакальной хирургии ОКПТД в период 2009-17 годы проведено 130 клапанных бронхоблокаций (КББ). Процедура проводилась под местной анестезией на фоне медикаментозной седации с использованием фиброскопов различных производителей с внешним диаметром рабочей части 4,9 мм. Устанавливались клапаны различных типоразмеров компании «Медланг» Лиц мужского пола 82 (63,1%), женского 48 (36,9%); возраст от 21 до 65 лет (средний 36,5 лет). У 108 пациентов (83,1%) имелась полость распада, у 22 (16,9%) бронхиальный свищ и эмпиема плевры. Данные больные составили основную группу. Группу сравнения составили 126 больных, получавших только соответствующий режим химиотерапии. Окклюзия бронхов составила в среднем 124,6 дней, максимальный срок - 370 дней. Результаты: через 3 месяца от начала комплексного лечения у 103 (79,2%) пациентов основной группы отмечен положительный эффект в виде исчезновения инфильтрации, закрытия полостей и ликвидации бронхиальных свищей, а в группе сравнения у 61 (48,4%) ($p < 0,05$). При использовании бронхоблокации у 119 (91,6%) больных достигнуто прекращение бактериовыделения, во второй группе 87 (69,0%). Отрицательная динамика в виде нарастания инфильтрации с появлением свежих очагов деструкции отмечена в 6 (4,6%) случаях в основной и у 15 (11,9%) больных в группе сравнения. Отмечен 1 случай ятрогенного осложнения связанный с дислокацией клапана. Выводы: клапанная бронхоблокация представляет собой высокотехнологичный малоинвазивный метод в комплексе мероприятий при терапии распространенных деструктивных и осложненных форм туберкулеза легких и позволяет достичь

стабилизации и регресса туберкулёзного процесса на фоне проводимой противотуберкулёзной химиотерапии.

294. Усугубление энцефалопатии после операции TIPS/ТИПС при осложненной портальной гипертензии и прогностическое значение изменений параметров портального кровотока

Хоронько Ю.В., Бликян А.В., Козыревский М.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Постшунтовая энцефалопатия (ПШЭ) – наиболее частое и прогнозируемое осложнение трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС), которое считается оптимальным хирургическим пособием у больных с жизнеугрожающими осложнениями портальной гипертензии (ПГ) цирротического генеза – варикозным пищеводно-желудочным кровотечением (ВПЖК) и рефрактерным асцитом (РА). Эффективная портальная декомпрессия, достигаемая процедурой TIPS/ТИПС, наряду с этим искомым результатом создаёт предпосылки для поступления продуктов аммониагенной микрофлоры кишечника в системный кровоток, что приводит к усугублению энцефалопатии, характерной для ПГ. Цель – установить прогностические возможности изменений параметров портального кровотока, наступающих при выполнении операции TIPS/ТИПС, в контексте предсказуемости развития ПШЭ. Материал и методы. Проанализировано течение послеоперационного периода у 207 больных, подвергшихся процедуре TIPS/ТИПС в 2007-17 гг. в связи с ВПЖК (у 156) и РА (у 51). Методом УЗ дуплексного исследования изучены такие параметры портального кровотока, как линейная и объемная скорости в воротной и селезеночной венах до и после шунтирования, а также в созданном шунте (VлинВВ, VобВВ, VлинСВ, VлинШ, VобШ). Методом прямой манометрии в ходе операции TIPS/ТИПС исследовано давление в правой печеночной вене (ППВ), воротной вене (ВВ), а также произведен расчет портосистемного

градиента давления (ПСГД) до и после шунтирования. В соответствии с характером проводимых лечебных и профилактических мероприятий в отношении ПШЭ пациенты разделены на 3 группы исследования: I (n=58), оперированных в 2007-09 гг., II (n=96) – в 2009-15 гг., III (n=53) – в 2015-17 гг. Результаты и обсуждение. У всех 207 пациентов операцией TIPS/ТИПС достигнуто эффективное снижение давления в системе ВВ и ПСГД. Это проявилось редукцией пищевого варикоза и гиперспленизма, снижением частоты рецидивных геморрагий, резорбцией асцита. Низкая 6-нед летальность (1,45%- 3 пациента) и удовлетворительная трёхлетняя выживаемость обеспечили больным пребывание в листе ожидания пересадки печени с хорошим качеством жизни. Наряду с положительным эффектом шунтирования, у ряда пациентов в 6-нед срок развилась ПШЭ: в I группе - у 17 (29,3%), во II – у 18 (18,8%), в III – у 7 (13,2%). Установлено, что такие параметры, как VлинВВ, VобВВ и VлинСВ не обладают прогностической значимостью. Зато установлена корреляция данных манометрии с усугублением энцефалопатии. ПШЭ наблюдалась у большинства больных, давление в ВВ у которых превышало $23,51 \pm 2,77$ мм рт.ст. Более значимо выглядели результаты расчета ПСГД. На примере I группы установлено, что у всех 17 пациентов, ПСГД которых непосредственно перед шунтированием был более $18,36 \pm 2,96$ мм рт.ст., развилась ПШЭ. Значение ПСГД «18 мм рт.ст.» подтверждено и использовано в качестве прогностического критерия во II и III группах. При изучении корреляции между степенью снижения ПСДГ и развитием ПШЭ выявлено, что в результате операции TIPS/ТИПС произошло уменьшение ПСГД в среднем на $9,23 \pm 2,58$ мм рт.ст. (4-17 мм рт.ст.). Однако, ни в одном случае не было ПШЭ при величине снижения ПСГД меньше 8 мм рт.ст.. Это стало вторым критерием, на который было обращено внимание в контексте проведения мер профилактики этого осложнения. Лечебные мероприятия пациентам с повышенным прогностическим риском проводились с большей интенсивностью, что привело к уменьшению выраженности и частоты клинической манифестации ПШЭ. Выводы: 1. Наиболее информативными инструментами прогнозирования ПШЭ после операции TIPS/ТИПС являются: исходное значение ПСГД 18 мм рт.ст. и более, снижение ПСГД, превышающее 8 мм рт.ст. Иные параметры портального кровотока, подвергшиеся исследованию, имеют вспомогательное значение. 2. Выявление у пациента указанных параметров ПСГД является основанием для проведения более

интенсивных, нежели общепринятые (диетические ограничения, препараты лактулозы, рифаксимина и L-орнитин-L-аспартата) лечебно-профилактические мер.

295.О рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения

Лебедев Н.В., Климов А.Е.

Москва

Российский университета дружбы народов

Актуальность. Актуальной задачей для улучшения результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями является разработка мероприятий по профилактике повторной геморрагии на основе прогноза рецидива и поиску новых тактических решений при уже состоявшемся рецидиве. Цель исследования, оценка клинической эффективности эндоваскулярного гемостаза в профилактике рецидива кровотечения у больных с высоким риске рецидива кровотечения и повторного эндоскопического гемостаза при уже возникшем рецидиве, как альтернативе хирургического вмешательства. Материал и методы исследования. Нами проведен анализ лечения 1360 больных с диагнозом язвенное гастродуоденальное кровотечение. Из 1360 больных, поступивших с язвенным гастродуоденальным кровотечением, 778 (56,6%) пациентам были определены показания для проведения эндоскопического гемостаза. Технический и клинический эффект первичного эндоскопического гемостаза достигнут в 98,9 % (у 770 больных из 778) случаев. Результаты исследования. Рецидив язвенного кровотечения в стационаре возник у 162 (21%) из 770 больных, которым проводились различные способы эндоскопического гемостаза при поступлении в клинику. Умерло 46 больных (28,3%). Для остановки рецидива кровотечения использовали инъекционный и радиоволновой методы, аргоноплазменную коагуляцию (АПК), комбинированный гемостаз (КЭГ). Комбинированный способ заключался в первоначальной инфльтрации паравазальной и периульцерозной зон введением

сосудосуживающих препаратов или склерозантов с последующей дополнительной обработкой источника кровотечения АПК. При статистическом анализе выявлено, что наибольшей эффективностью для остановки рецидивного кровотечения КЭГ обладает только по сравнению с инъекционным способом ($p < 0,05$). При сравнении КЭГ с АПК, нами не было выявлено статистическое преимущество по эффективности ни одного из этих способов. Нами произведена сравнительная оценка результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в зависимости от выбранной лечебной тактики. В первой группе (40 больных) показанием к оперативному вмешательству являлся эффективный повторный гемостаз при рецидиве кровотечения, с сохранением крайне высокого риска рецидива язвенного кровотечения. У второй группы (122 больных) при рецидиве кровотечения производили попытку повторного, а в некоторых случаях и неоднократного эндоскопического гемостаза, приводящего к остановке кровотечения. Применение при рецидивах кровотечения успешного повторного (а в некоторых случаях неоднократного) эндоскопического гемостаза с отказом от оперативного лечения привело к снижению общей летальности с 45% до 23%, а при тяжести состояния больных по шкале SAPS II при баллах от 17 и более с 75% до 43,1% (данные статистически достоверны). У группы из 30 больных с высоким риском рецидива кровотечения из язвы желудка и летального исхода с целью профилактики нами была произведена попытка транскатетерной эмболизации левой желудочной артерии с целью профилактики рецидива геморрагии. Контрольную группу составили 40 больных с желудочным язвенным кровотечением и аналогичными показателями риска рецидива кровотечения по СПРК, тяжестью состояния по SAPS II, активности кровотечения по Forrest, которым ангиографическое исследование и эндоваскулярный гемостаз не выполняли). Технический успех эндоваскулярного гемостаза достигнут в 25 случаях (83,3%). Рецидив кровотечения после технически успешной эмболизации наблюдали у 3 больных. Выводы и рекомендации. При рецидиве кровотечения повторный эндоскопический гемостаз является реальной альтернативой оперативному лечению, особенно у соматически тяжелых больных. Эндоваскулярный гемостаз у соматически тяжелых больных с высоким риском летального исхода и высоким риском возникновения рецидива кровотечения позволил снизить частоту повторной геморрагии с 22,5% до 12,0%, и значительно снизил

общую летальность с 52,5%, в группе больных с консервативным лечением до 12,0 % у пациентов с эмболизацией левой желудочной артерии.

296. Лечение раневой повязкой пациентов после кожной пластики на кисти

Слухай С.И., Питенин Ю.И.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра амбулаторно-поликлинической помощи

Проблема лечения ран остается и на сегодняшний день актуальной. С течением времени менялись методы лечения, лекарственные формы, но общие принципы ведения ран во всех фазах раневого процесса практически не изменились. Эффективный и в тоже время щадящий уход, поддержание естественного процесса заживления признаны основными принципами лечения ран, а также основополагающей идеологией разработки современных перевязочных средств и материалов. Целью исследования явилось сравнение влияния на течение раневого процесса послеоперационных ран с использованием раневой повязки «Merilex» и мази «Левомеколь». На отделении для лечения повреждений и заболеваний конечностей клиники амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в 2015-2017 гг. лечились 32 пациента, которым выполнялись различные виды кожной пластики по поводу ран пальцев с дефектом мягких тканей. Среди больных 21 пациент были мужского пола и 11 женского. Средний возраст мужчин составил 46+ 11, 3 года, женщин- 38+ 9, 2 года. Больным I группы (23 пациента) во время перевязки использовали раневую повязку «Merilex» 1раз в 3 дня. Контрольной группе пациентов (9 больных) выполняли перевязки через день с мазью «Левомеколь», после предварительной обработки раны 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, а затем высушивание раны стерильным марлевым шариком. Средние сроки полного заживления ран у пациентов I группы составили 16, 3+ 1,9 дней, тогда как, в контрольной группе-24, 3+ 3,1 дней. Различия между I и контрольной группами больных были достоверны ($p < 0,05$). Вывод: применение раневой

повязки «Meripitel», достоверно ($p < 0,05$) сокращало сроки лечения ран кисти после различных видов кожной пластики у пациентов I группы по сравнению с пациентами контрольной группы в среднем с 24 до 16 дней.

297. Комплексное лечение детей старшего возраста с рожистым воспалением нижних конечностей после ожоговой травмы

*Магомедмирзаев Д.Ш., Жидовинов А.А.,
Пермяков П.Е., Чукарев С.В., Джазаев А.Б.,
Омаров Н.С., Солдатченко Е.Е.*

Астрахань

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В детской хирургии приходится все чаще сталкиваться с осложнением ожоговой травмы нижних конечностей в виде рожистого воспаления. Цель работы: Улучшить эффективность лечения рожистого воспаления нижних конечностей после ожоговой травмы у детей с применением внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), мазевой повязки бранолинд и гидрогелевых пластин мирамистина (ГПМ). Материал и методы: В исследуемую группу вошли 17 детей в возрасте от 10 до 17 лет с рожистым воспалением нижних конечностей после ожоговой травмы (эритематозная и эритематозно-булезная формы). В группе было 12 мальчиков и 5 девочек. Всем детям проводилась стандартная консервативная терапия. Задачей консервативного лечения являлось создание оптимальных условий для купирования воспалительного процесса. Метод использования комплексного лечения с применением ВЛОК, и определенных мазевых повязок заключался в следующем: после обработки и туалета раны производили аппликацию препарата непосредственно на раневую поверхность. ГПМ тщательно моделировалась в соответствии с размерами поверхности раны и фиксировалась марлевым бинтом. Далее проводилось внутривенное лазерное облучение крови. В фазе

заживления была использована мазевая повязка бранолинд. Во время первой фазы – фазы воспаления и экссудации, - использована стандартная консервативная терапия, после обработки и туалета раны производили аппликацию ГПМ на раневую поверхность в соответствии с размерами ран. При каждой перевязке осуществлялась санация раны теплым физиологическим раствором. Рану обрабатывали водным раствором хлоргексидина. После каждой перевязки больным проводился ВЛОК. В фазы грануляции и эпителизации, - использован ГПМ. При каждой перевязке осуществлялась санация раны теплым физиологическим раствором. Фиксация осуществлялась марлевой повязкой. Перевязки выполнялись через день. Специальную антибактериальную терапию ран не проводили. В фазе заживления была использована мазевая повязка «бранолинд». Период лечения длился от 5 до 12 суток в зависимости от размеров раневой поверхности и особенностей течения раневого процесса (в среднем 7-9 дней) Оценка лечебной эффективности проводилась по различным критериям: температура тела, изменения площади поверхности раны, лабораторные показатели, состояние краев раны, наличие некротических тканей, характер отделяемого, выраженность признаков воспаления (гиперемия, отек, местное повышение температуры) На 5-й день лечения наблюдалось уменьшение площади поверхности ран, уменьшение выраженности воспалительного процесса, изменения характера отделяемого. Аналогичное исследование на 7-й день лечения показало улучшение результатов лабораторных исследований нормализация температуры тела, купирование воспалительного процесса, уменьшение площади поверхностных ран на 60%, отсутствие отделяемого. На 9-е сутки площадь ран уменьшилась на 90%, полное купирование процессов воспаления, эпителизация краев ран. Выводы. Таким образом, применение метода комплексного лечения рожистого воспаления нижних конечностей у детей в возрасте от 10 до 17 лет в виде комбинированного применения внутривенного лазерного облучения крови, мазевой повязки бранолинд и гидрогелевой повязки мирамистина позволяет добиться большей эффективности проводимой терапии на фоне стандартного лечения

298. Консервативное лечение диабетической остеоартропатии

Лукин П.С. (1,2), Заривчацкий М.Ф. (2),
Блинов С.А. (2), Денисов С.А. (2), Фирсова Е.П. (1)

Пермь

- 1) Городской консультативно-диагностический эндокринологический центр ГБУЗ ПК "ГКП № 5",
- 2) ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера" Минздрава России

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) имеет три основные составляющие: диабетическая микромакроангиопатия, диабетическая полинейропатия и диабетическая остеоартропатия. И если для профилактики первых осложнений в большинстве случаев успешно применяют консервативное лечение, то диабетическую остеоартропатию пытаются решить оперативным путем или путем подбора ортопедических изделий. Между тем, это не решает проблему болевого синдрома в суставах. Выбор препаратов для лечения достаточно сложный, многие из них содержат глюкозамин, применение которого противопоказано при сахарном диабете. Материалы и методы. В кабинете диабетической стопы Городского консультативно-диагностического эндокринологического центра ГБУЗ Пермского края «ГКП № 5» г. Перми мы проанализировали лечение 25 пациентов с СДС, в анамнезе у которых были ампутации пальцев стоп. Все пациенты имели вальгусную деформацию или деформацию Тейлора одной или обеих стоп, неинсулинпотребный сахарный диабет 2-го типа, прошли курс одинаковой метаболической, реологической и ангиопротекторной терапии, после которой были разделены на три группы. В комплекс лечения первой группы (n=8) были включены силиконовые ортопедические изделия и стельки — корректоры стопы; второй группы (n=8), помимо корректоров были добавлены внутримышечные инъекции хондроитина сульфата (Артрадол) по 1,0 мл № 25 через день; третья — контрольная группа (n=9) не получала ничего. Выраженность болевого синдрома в суставах стопы оценивали по визуально аналоговой мимической шкале боли. Опрос проводили перед лечением, через 2 и 4 месяца с момента его начала. Полученные результаты. До начала терапии пациенты всех групп оценивали выраженность боли в суставах как «умеренная». Через 2 месяца пациенты первой группы отмечали

улучшение и при их опросе выявлено снижение интенсивности боли до «легкой» степени. Пациентов второй группы после проведенного комплексного лечения боли в суставах не беспокоили. В третьей группе положительной динамики отмечено не было, опрос показал сохранение боли в суставах в тех же числовых значениях. Через 4 месяца с момента начала лечения в первой группе 6 пациентов ассоциировали боль в суставах как «умеренную», 2-е отмечали пограничное состояние между «легкой» и «умеренной» болью и сомневались в своем ответе. Во второй группе отрицательной динамики при опросе выявлено не было, пациенты продолжали пользоваться ортопедическими корректорами и предъявляли жалобы на дискомфорт при ношении последних в связи с их «износом». В контрольной группе пациентов сохранялась «умеренная» боль в суставах. Обсуждение. Комплексный подход в консервативной профилактике диабетической остеоартропатии показал пролонгированное действие хондроитина сульфата (Артрадол) в отношении выраженности болевого синдрома. В течение 4-х месяцев наблюдения пациенты не отмечали боли в суставах. Применение силиконовых ортопедических изделий показало их не долговечность и слабую эффективность в качестве единственных средств профилактики, а также требовало более частых финансовых затрат для приобретения новых. Выводы. Комплексное лечение диабетической остеоартропатии с применением хондроитина сульфата в предложенной нами схеме и корректоров стопы оказывает выраженное обезболивающее действие и является хорошим профилактическим направлением в борьбе с СДС на амбулаторном этапе. Рекомендации. Включить внутримышечные инъекции хондроитина сульфата (Артрадол) по 1,0 мл № 25 через день в состав комплексной терапии СДС с применением корректоров стопы. Курс лечения проводить один раз в 6 месяцев.

**299.Современные представления о патогенезе
огнестрельных ранений***Хрупкин В.И., Савостьянов В.В.*

Москва

1 Московский Государственный Медицинский
Университет им.И.М.Сеченова

Исследование молекулярных механизмов передачи и трансформации кинетической энергии огнестрельных ранящих снарядов в биологических объектах является актуальной научно-прикладной проблемой. Экспериментальные работы показали, что определяющее значение имеют нарушения кровообращения, прежде всего микроциркуляции. Для детализации реагирования системы кровообращения на огнестрельное ранение проведены экспериментальные исследования с использованием аппаратно-программного комплекса "Феникс", разработанного Государственным институтом усовершенствования врачей МО РФ. Животным производили выстрелы в живот из автомата АК-74 и винтовки "Хеклер и Кох". Свиньям устанавливали пьезодатчики, в левый желудочек сердца вводили катетер, который замыкали на тензодатчик. При описании реакции системы кровообращения использовали классификацию синдрома критической дисволемии (Савостьянов В.В., 2004). Установлены фазы реагирования центральной гемодинамики на огнестрельное ранение: гидродинамического удара, коллаптоидной реакции, перераспределительная, дотоксическая, терминальная. Проведенные в 2004 году исследования коррелируют с современным пониманием патологических физиологических реакций при ССВО. Таким образом при современной огнестрельной травме развивается патологический каскад на уровне гемоциркуляции, основу которого составляет активация всех медиаторных систем, свободнорадикальный эндотоксический механизм, приводящий к острой полиорганной недостаточности. Требуется дальнейшее изучение патогенеза боевой патологии, что позволит повысить качество оказания помощи раненым и пострадавшим.

**300.Опыт внедрения программ непрерывного
медицинского образования в обучение хирургов***Олифирова О.С.*

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется вопросам непрерывного медицинского образования (НМО) для последующей аккредитации специалистов. Цель дополнительных профессиональных программ НМО по специальности «Хирургия» состоит в углубленном изучении теоретических знаний и овладении практическими умениями и навыками, обеспечивающими совершенствование профессиональных компетенций врачей для самостоятельной профессиональной деятельности. Материал и методы. На кафедре хирургических болезней Амурской государственной медицинской академии подготовлены и утверждены программы НМО для хирургов и врачей хирургических специальностей трудоемкостью 36 академических часов (1 неделя), что соответствует 36 баллам. Тематика вопросов, подлежащих обучению, предварительно обсуждалась с хирургами Амурской области. При разработке программ учитывались их пожелания, а также характер хирургической патологии, как весьма распространенной в хирургической практике, так и вызывающей трудности в лечебно-диагностической тактике. Предложенные программы НМО, ориентированы на обучение врачей-хирургов, как сельской местности, так и городов Амурской области. Компоненты программы НМО: цель; планируемые результаты; требования к итоговой аттестации; рабочие программы учебных модулей; учебный план; организационно-педагогические условия; оценочные материалы. Полученные результаты. В рамках НМО разработаны программы: «Герниология», «Механическая желтуха», «Острые заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны», «Желудочно-кишечные кровотечения», «Термические поражения», «Актуальные вопросы эндоскопии». Программы подготовлены для хирургов и врачей смежных специальностей – колопроктологов и эндоскопистов. Обучение очное с отрывом от работы. Врачи выбирали программы самостоятельно через «Личный кабинет» на портале НМО. В условия реализации программы НМО входили: учебно-методическая документация

и материалы по всем разделам; учебно-методическая литература; материально-технические базы; кадровое обеспечение; нормативно-правовые акты РФ. В учебном плане указаны дисциплины и их трудоемкость, объем, последовательность и сроки изучения, формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, практические занятия, стажировка, симуляционное обучение), формы контроля. В процессе обучения используются традиционные технологии, а также активные и интерактивные формы проведения занятий: интерактивный семинар, отработка практических навыков в симуляционно-аттестационном центре (САЦ), электронное обучение. Для формирования профессиональных навыков отведены часы на стажировку – 12 часов (2 дня) – 18 академических часов (3 дня). Ее цель: изучение передового опыта, закрепление теоретических знаний, приобретение новых практических умений и навыков для их эффективного использования. Стажировка проводится на базе отделений хирургического профиля ведущего лечебного учреждения Амурской области ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». Стажировка осуществляется под руководством врачей высшей категории – заведующих отделений. В ходе стажировки обучающиеся принимают участие в хирургических операциях, лечебно-диагностических мероприятиях, курации и разборе больных, обходах отделений и т.п. Освоение программы НМО по специальности «хирургия» завершается итоговой аттестацией в форме зачета и получением документа установленного образца. Обсуждение, выводы и рекомендации. Обучение по программам НМО (36 часов) явилось новой формой обучения на кафедре хирургических болезней ФПДО Амурская ГМА с 2016 г. Тематика программ была согласована с хирургами Амурской области и представляла для них практический интерес. В тоже время эта форма обучения выявляет некоторые организационные проблемы, которые возникают как со стороны направляющих лечебных учреждений, так и самих хирургов. Дальнейшее внедрение программ НМО позволит оценить их эффективность в обучении хирургов, провести необходимую коррекцию, а также решить возникающие организационные и другие проблемы.

301. Компьютерная томография в оценке объема операции у пациентов с лимфедемой нижних конечностей III-IV стадии

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

Самара

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность: в последние десятилетия наблюдается тенденция к росту заболеваемости лимфедемой, что связано, в основном с различными видами комбинированного лечения у онкологических пациентов. Выбор рациональной тактики при лимфедеме является, несомненно, сложной проблемой. Это обусловлено особенностями патогенеза, клинического течения, формой и стадией болезни. Особенно это характерно при III и IV стадиях заболевания, которые проявляются выраженными фиброзными изменениями мягких тканей, прогрессирующим увеличением и деформацией конечности, неэффективностью консервативного лечения. Определение показаний и улучшение результатов оперативного лечения у таких пациентов представляет важную задачу. Материал и методы: под наблюдением находились 12 пациентов с лимфедемой нижних конечностей (3 пациента с первичной и 9 с вторичной этиологией). У 5 пациентов выявлена III стадия лимфедемы, у 7 – IV стадия заболевания. Все пациенты имели длительный анамнез и прогрессирующее течение болезни на фоне безуспешной комплексной противоотечной терапии. При обследовании, наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, применялись ультразвуковое сканирование магистральных сосудов, компьютерная томография с 3D- моделированием и волюметрией нижних конечностей. В разные сроки пациентам проведены этапные операции дермалипофасциэктомии. Качество жизни оценено с помощью русскоязычной версии опросника “SF-36 Health Status Survey”. Результаты: у пациентов с III стадией лимфедемы при компьютерной томографии регистрировались выраженные фиброзные нарушения, у 3 пациентов циркулярной, у 2 – фрагментарной локализации. У всех пациентов наблюдались лучистый и смешанный типы фиброза с распространенностью, как от кожи, так и от фасции. Плотность подкожной клетчатки составляла $-53,72 \pm 6,40$ НУ. Утолщение подкожной клетчатки

составило в среднем $42,18 \pm 3,14$ мм, а кожи $4,6 \pm 0,17$ мм. Объем конечности, рассчитанный по программе «Автоплан», составил 9195 ± 830 см³. При IV стадии заболевания у всех пациентов кожа на томограммах конечности практически не дифференцировалась от резко уплотненной подкожной клетчатки. Толщина последней значительно варьировала на различных уровнях и поверхностях конечности в связи с ее деформацией. Фиброзные изменения приобретали значительно выраженный циркулярный характер, смешанного типа, со сплошным распространением от фасции и от кожи. Показатель плотности такой ткани составлял в среднем $+14,32 \pm 7,21$ НУ, что свидетельствовало о полном замещении жировой клетчатки грубой соединительной тканью. Из-за выраженного деформирующего отека объем конечности у пациентов значительно варьировал и составлял в среднем 18123 ± 5360 см³. Обсуждение: данные компьютерной томографии с 3D-моделированием конечности уточняли стадию лимфедемы, использовались при планировании и выполнении операции дермалипофасциэктомии. С учетом локализации, типа, плотности, объема фиброзных изменений тканей у 3 пациентов выполнены односторонние, у 5 – двухсторонние, у 4 – циркулярные оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде констатируется заметное улучшение функциональных возможностей конечности и повышение качества жизни пациентов. Отмечено уменьшение чувства тяжести в ноге и значительное облегчение при ходьбе. При волюметрии отмечено уменьшение объема конечности на 9477 ± 1670 см³. Компьютерная томография показала уменьшение толщины мягких тканей левой голени в среднем на $46 \pm 9,12$ мм и их плотности на $26 \pm 9,02$ ед. НУ. Показатели «физического функционирования» и «ролевого физического функционирования» повысились на 5 и 6 баллов, а показатели «социальное функционирование» и «психическое здоровье» на 10 и 6 баллов соответственно. Выводы: таким образом, лечение пациентов с тяжелыми формами вторичной лимфедемы представляет сложную, но вполне решаемую задачу. В определении стадии заболевания и в выборе оптимальной тактики оперативного лечения наряду с другими методами диагностики важную роль играет компьютерная томография.

302. Эндоскопическая хирургия опухолей и стенозов бронхов

Дробязгин Е.А. (1,2), Чикинев Ю.В. (1,2), Судовых И.Е. (2), Аникина М.С. (2), Пешкова И.В. (1,2)

Новосибирск

1 – ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» г. Новосибирск

Актуальность. Возросшее число госпитализаций в стационар пациентов с опухолями бронхов. Отсутствие единой точки зрения на восстановление проходимости бронхиального дерева. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в торакальное отделение ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с опухолями бронхов. Всего госпитализировано 18 пациентов (мужчин – 11, женщин – 7) в возрасте от 38 до 76 лет. Диагноз опухоли или сужения бронха был установлен на основании проведенной фибробронхоскопии и компьютерной томографии органов грудной клетки. При этом стеноз бронха за счет сдавления извне выявлен у 1 пациента (левый главный бронх), опухолевое поражение на протяжении 2-3 см со стенозом бронха у 2 пациентов (правый главный бронх). В остальных случаях обнаружено округлое образование, перекрывающее или сужающее просвет: правого главного бронха у 1 пациента; нижнедолевой бронх справа у 2, верхнедолевой бронх справа у 2, промежуточный бронх у 4, верхнедолевой бронх слева у 2, среднедолевой бронх у 1 и В 3 слева у 1. Размер опухоли составлял: до 5 мм у 2 пациентов, от 6 до 10 мм у 7, от 11 до 15 мм у 5, свыше 16 мм у 1. Полученные результаты и обсуждение. При округлых опухолях выполнено их удаление. У 12 пациентов удаление осуществлено при интубации трахеи тубусом ригидного бронхоскопа с использованием фибробронхоскопа и петли для полипэктомии. В 4 случаях удаление осуществлено при биопсии опухоли (от 2 до 5 фрагментов). Дополнительные вмешательства проведены 2 пациентам: в 1 случае аргоноплазменная коагуляция основания опухоли, еще у 1 пациента – установка силиконового стента типа Dumon. При сдавлении бронха извне (1) и опухолевом поражении (1) выполнена установка металлического саморасправляющегося стента диаметром 12 мм, длиной 4 мм. Осложнение было

при удалении опухоли правого главного бронха – кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. При патоморфологическом исследовании удаленных опухолей и опухолевидных образований морфологическая картина соответствовала: раку почки у 3 пациентов, аденоме бронха у 6, неврилемматоме у 1, карциноиде у 2, метастазе лейомиосаркомы матки у 1, воспалительной псевдоопухоли у 1, хондроме у 1, аденокарциноме бронха у 1. При сдавлении бронха извне причиной сдавления была опухоль заднего средостения. Выводы. Эндоскопические вмешательства при опухолях и стенозах бронхов различной этиологии позволяют эффективно восстановить проходимость бронхов и могут являться основным или паллиативным методом лечения.

303. Динамика про и противовоспалительных цитокинов у пациентов с острым вторичным медиастинитом при использовании лаважа средостения озонированными растворами

*Дробязгин Е.А. (1,2), Чикинев Ю.В. (1,2),
Кутепова Т.С. (1,2), Пустоветова М.С. (1),
Пешкова И.В. (1,2)*

Новосибирск

1 – ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»г. Новосибирск

Актуальность. Отсутствие исследований, позволяющих оценить течение острого воспалительного процесса у пациентов с острым вторичным медиастинитом. Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с вторичным острым медиастинитом, которые находились на лечении в отделении торакальной хирургии Государственной Новосибирской областной клинической больницы за период с 2007 до 2016 года. Основную часть пациентов составили мужчины в возрасте от 16 года до 50 лет (50 %), а средний возраст составил 41,3±15,3 года. Основную группу пациентов с острым медиастинитом составили пациенты с одонтогенной причиной возникновения заболевания (62,5%). Также

причинами медиастинита были: аденофлегмона у 8, тонзиллогенные абсцессы шеи у 4, абсцесс надгортанника у 2 и заглоточный абсцесс у 1. В зависимости от способа лечения пациенты были разделены на две группы. 1-я группа – группа сравнения, включала 22 пациента с вторичным острым медиастинитом, при лечении которых использовались стандартные методики оперативного вмешательства (вскрытие и дренирование средостения) и схемы ведения интенсивной терапии. 2-ая группа – основная группа, включает 18 пациентов с вторичным острым медиастинитом. У пациентов этой группы в составе комплексного лечения дополнительно использовалась методика лаважа средостения озонированным 0,9% раствором натрия хлорида. Дополнительно выделены подгруппы А и Б соответственно. В эти подгруппы вошли по 10 пациентов, у которых определялась концентрация про- и противовоспалительных цитокинов. Проводились специальные исследования по оценке концентрации про-и противовоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-1?, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-4) в сыворотке крови у пациентов. Полученные результаты и обсуждение. В результате сравнения уровня ИЛ-1? двух групп пациентов с вторичным острым медиастинитом отмечаются статистически значимые различия на 5, 10 и 14 сутки после операции в сторону более низких его концентраций у пациентов основной группы относительно группы сравнения. Так, на 5-ые сутки после операции концентрация ИЛ-1? в основной группе была на 43,7% ниже, а на 10 и 14 сутки после операции на 46,6% ниже, чем в группе сравнения. Уровень концентрации ФНО-альфа в основной группе был ниже в основной группе относительно группы сравнения на 51,4%, 49,5% и 53,7% на 5, 10 и 14 сутки послеоперационного периода соответственно, что является статистически значимым результатом. В основной группе уровень концентрации ИЛ-6 во всех точках измерения был статистически значимо ниже, чем в группе сравнения на 65,4%, 65,2% и 68,1% на 5, 10 и 14 сутки послеоперационного периода соответственно. Статистически значимые результаты получены при исследовании уровня концентрации ИЛ-8. Так в основной группе этот показатель был ниже, чем в группе сравнения на 5 суток после операции и на 59,5% на 10 и 14 суток послеоперационного периода. При поступлении в основной группе уровень ИЛ-4 был выше этого уровня в группе сравнения, а на 5, 10 и 14 сутки статистически значимо ниже на 42,8% и 25,9% соответственно. Выводы. Применение методики озонирования клетчаточных пространств средостения у пациентов с острым вторичным

медиастинитом позволяет значимо уменьшить концентрацию провоспалительных цитокинов у пациентов основной группы, что указывает на снижение выраженности воспалительного процесса.

304. Наставничество и национальные образовательные рекомендации как компонент национальной стратегии развития хирургии в России

*Мяконький Р.В. (1), Щекин Г.Ю. (1),
Панкратов А.И. (2)*

Волгоград²⁾ Саров

- 1) Волгоградский государственный медицинский университет
- 2) Клиническая больница № 50 ФМБА

Актуальность. В мае 2017 года в рамках заседания комиссии по контролю за реализацией предвыборной программы «Единой России» Д.А. Медведев дважды выделил важность поддержки создания общероссийской системы наставничества. (В России создадут систему Наставничества// <https://gospress.ru/2017/05/15/v-rossii-sozdatut-sistemu-nastavnichestva/>). 30 ноября 2017 года в Москве прошел I Всероссийский форум наставников «Создаем настоящее – освещаем дорогу в будущее» (30 ноября — I Всероссийский форум наставников России «RE -наставничество: перезагрузка поколений»// <http://sntpp.ru/anons/30-noyabrya-i-vserossiyskiy-forum-nastavnikov-rossii-re-nastavnichestvo-perezagruzka-pokoleniy/>). Проблема наставничества сейчас особенно актуальна в медицине в связи с исключением интернатуры из процесса подготовки врачей. Согласно опросу, проведенному среди специалистов по персоналу, старение сотрудников и отсутствие молодых специалистов на рынке труда являются в настоящее время наиболее значимыми проблемами хирургии, как отрасли. Учитывая поколенческую смену хирургических коллективов, большое количество специалистов, начинающих самостоятельную профессиональную деятельность, находятся в начале пути профессионального становления, и вопросы их компетентности напрямую отражаются на общественном здоровье и его показателях (А.В.

Быков, Р.В. Мяконький, Г.С. Табатадзе, 2016). В сложившейся ситуации возникла острая проблема передачи знаний и навыков от более опытных специалистов к начинающим хирургам. На сайте Российского общества хирургов (РОХ) размещен окончательный вариант разработанного документа «Профессиональный стандарт (ПС) «Врач-хирург» (2018). Указанный документ характеризует врачебную практику в области хирургии, являясь функциональной картой вида профессиональной деятельности. Нужно отметить, что наряду с подробным описанием таких разделов как требования к образованию и обучению, особые условия допуска к работе, трудовые действия и необходимые умения, стандарт не предусматривает никаких требований к опыту практической работы и наличию профессиональных компетенций. Начинающий хирург - специалист, получивший на основании действующего законодательства РФ допуск к самостоятельной деятельности по хирургической специальности, имеющий вторую квалификационную категорию или без таковой, стаж работы по профессии которого составляет менее 5 лет (А.В. Быков, Р.В. Мяконький, 2017). На сегодняшний день социально-демографический портрет российского хирурга выглядит следующим образом: это мужчина-горожанин в возрасте преимущественно от 25 до 49 лет (С.В. Андриянов, Е.В. Чернышкова, 2017). В 2015 году на сайте Ассоциации заслуженных врачей России (АЗВР) была опубликована Концепция проекта «Наставничество в медицинской среде» (<http://www.goodmedic.ru/nastavnichestvo.php>), которая в неизменном виде легла в основу приказов региональных министерств и комитетов здравоохранения. Таким образом, формально, в большинстве медицинских организаций с 2015 г. введен институт наставничества. Цель исследования. Выяснение уровня профессиональной компетентности начинающих хирургов, их отношения к наставничеству и необходимости создания под эгидой РОХ национальных образовательных рекомендаций (НОР). Материалы и методы. Дизайн исследования: анонимное двухэтапное анкетирование, проведенное посредством интерактивного опроса на платформе <https://docs.google.com> проведенное в период с января по февраль 2018 года среди хирургов в возрасте от 24 до 46 лет (средний возраст составил 27 лет). Анкетирование было организовано в группе «Молодой хирург» (количество участников группы 5033 чел.) российской социальной сети ВКонтакте (1-е место в рейтинге соцсетей на 2016 г. по версии интернет-издания ПРО СММ <http://www.pro-smm.com>). В

опросах приняли участие 183 респондента: 129 (70,5%) мужчин и 54 (29,5%) женщины. На первом этапе исследования, был определен уровень профессиональной компетентности начинающих хирургов (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdNlgUNQ5P4dUfIZkAUP5FXjxX72TUKuV1VJAjgH-J31WvV1w/viewform>). В качестве предикторов отобраны наиболее распространенные оперативные вмешательства: аппендэктомия, холецистэктомия, грыжесечение (А.В. Быков, Р.В. Мяконький, А.В. Петров, А.И. Панкратов, 2017). В опросе приняли участие 124 хирурга: 87 (70,2%) мужчин и 37 (29,8%) женщин, в возрасте от 27 до 46 лет. На втором этапе исследования мы выяснили уровень информированности респондентов о введенной в медучреждениях с 2015 года программе наставничества для начинающих специалистов, их мнение об оптимальном сроке наставничества и необходимости создания национальных образовательных рекомендаций для начинающих хирургов (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdNlgUNQ5P4dUfIZkAUP5FXjxX72TUKuV1VJAjgH-J31WvV1w/viewform>). В опросе приняло участие 59 респондентов в возрасте от 24 до 36 лет (средний возраст составил 25 лет): мужчины 42 (71,2%) и женщины 17 (28,8 %). Полученные результаты. Будучи студентом ассистенцию при аппендэктомии выполняли – 87 (70,2%), при холецистэктомии – 18 (14,5%), грыжесечении – 71 (57,3%); будучи интерном/ординатором: 32 (25,8%), 35 (28,2%) и 35 (28,2%) – соответственно. Особое внимание нами уделено лицам, находящимся в профессиональном статусе начинающего хирурга. Опрос показал, что в качестве ассистентов впервые при аппендэктомии, начав самостоятельную практику в качестве хирурга, участвовали 10 (8%) респондентов, при холецистэктомии 19 (15,3%) и при грыжесечении 4 (3,2%). Будучи студентом старших курсов, самостоятельно выполняли аппендэктомию – 48 (38,7%), при холецистэктомии – 10 (8%), грыжесечение – 17 (13,7%); будучи интерном/ординатором: 52 (41,9%), 30 (24,2%) и 44 (35,5%) – соответственно. Опрос показал, что впервые аппендэктомию, начав самостоятельную практику в качестве хирурга, выполняли 12 (9,7%) респондентов, холецистэктомию 19 (15,3%) и грыжесечение 27 (21,8%). Свою осведомленность о существующей программе наставничества высказали 7 (11,9%) респондентов, в то время как 52 (88,1%) о ней не знали. В отношении периода наставничества мнение респондентов распределились следующим образом: закрепление наставника за начинающим хирургом не требуется –

2 (3,4%), требуется на срок от 3 до 6 месяцев – 4 (6,8%), необходимо на срок 12 месяцев 27 (45,8%) и более 1 года – 26 (44,1%). О необходимости создания Национальных образовательных рекомендаций для начинающих хирургов высказались 51 (86,4%) респондентов и не видят в них целесообразности 8 (13,6%). Обсуждение. Хирургия продолжает оставаться преимущественно мужской специальностью. Большинству студентов старших курсов, при посещении ночных дежурств в хирургической клинике удается в качестве ассистентов принять участие в операциях по поводу ургентной хирургической патологии, аналогичную возможность указали и интерны/ординаторы хирургических кафедр. Тем не менее, достаточно большое количество хирургов, приступая к самостоятельной хирургической практике, указывают на отсутствие опыта выполненных даже таких рутинных вмешательств как аппендэктомия, холецистэктомия и грыжесечение. Это обстоятельство значительно повышает риск развития осложнений. В тоже время, приступая к самостоятельной профессиональной деятельности, начинающий хирург попадает в тоже правовое поле, что и опытные хирурги (Р.В. Мяконький, К.О. Каплунов, А.Е. Лакеев, 2017). При этом более 73% пациентов хирургических клиник не задумываются об опытности оператора перед предстоящим лечением (Р.В. Мяконький, К.О. Каплунов, 2016). Реализация существующих рисков может повлечь за собой тяжелые последствия вплоть до судебных исков, которые становятся «нормой» в новых экономических условиях. Традиционно обучение хирургии является той сферой высшего медицинского образования, в которой залогом успешного приобретения компетенций являлся тандем «наставник-ученик». Самым эффективным способом передачи знаний и навыков в клинической практике является наставничество, этой позиции придерживается большинство представителей хирургического сообщества. В современных условиях развития хирургии как науки и как наиболее интенсивно развивающейся медицинской специальности, относящейся к медицинской деятельности повышенного риска, передача опыта начинающему хирургу является основным методом обучения персонала внутри клиники, так как ни один внешний тренинг не сможет подготовить начинающего сотрудника к профессиональной деятельности для конкретного медучреждения. Поскольку передача знаний и опыта может происходить по-разному, в каждой клинике существуют свои технологии для этого, исходя из присущих именно ей корпоративной культуре и особенностей. Наставничество в

хирургии – это многогранный процесс, который в реалиях нашего времени требует детального и осмысленного подхода. Опубликованный ПС «Врач-хирург» определяет место наставничества в формате профессионального роста и присвоения квалификационных категорий, а также как дополнительное профессиональное образование (программы повышения квалификации) и формирование профессиональных навыков через наставничество. При этом не раскрываются формы наставничества. Мы видим наставничество, как необходимый элемент не только для программы адаптации и профессионального образования начинающих хирургов, но и как форму решения социальных проблем, связанных с активным привлечением опытных сотрудников клиник к преподавательской деятельности. Несмотря на предложенный АЗВР проект Концепция «Наставничество в медицинской среде», внедряемой рядом региональных министерств и комитетов здравоохранения, осведомленность о данной программе крайне низкая. Что дает основание актуализировать вопросы эффективного наставничества, в частности, при адаптации начинающих хирургов. Потребность в наставнике отметило абсолютное большинство респондентов (96,6%), при этом указывалась оптимальная длительность наставничества не менее 12 месяцев (89,9%), что соотносится с ранее полученными данными (В.И. Сабанов, Р.В. Мяконький, 2016). Концепция «Наставничество в медицинской среде» описывает общие принципы наставничества, в то время как каждая отдельная медицинская специальность имеет свои особенности и нюансы. Общеизвестным в хирургическом сообществе является мнение о том, что для получения и закрепления профессиональных навыков начинающему хирургу в процессе самостоятельной работы необходимо постоянное интенсивное обучение в течение 4-5 лет (А.В. Чжао, 2014; А.В. Быков, Р.В. Мяконький, О.А. Чеботарева, 2015). Представляется целесообразным, чтобы данное обучение в первый год проходило при активном участии наставника, что лаконично будет согласовываться со стратегией «Безопасная хирургия спасает жизни», являющейся концепцией улучшения безопасности хирургической помощи, пропагандируемой Всемирной организацией здравоохранения (С.С. Маскин и соавт., 2014; А.В. Федоров, С.А. Совцов, М.Л. Тиравердиев, 2016; В.П. Сажин, Д.А. Хубезов, 2017). Выводы. Таким образом, особую актуальность представляет изучение вопросов наставничества в хирургии. По примеру национальных клинических рекомендаций, которые подтвердили свою эффективность,

необходимо рассмотреть возможность подготовки национальных образовательных рекомендаций для начинающих хирургов, ключевым разделом которых должно стать наставничество. НОР, созданные под эгидой РОХ, могут гармонично вписаться в национальную стратегию развития хирургии в России. Рекомендации. В каждом творческом деле необходимо ощущение перспективы. И в рамках национальной стратегии развития хирургии в России такая перспектива появляется. Имеются все основания для того, чтобы под эгидой РОХ, например, на его сайте, выступить с инициативой обсуждения в профессиональном сообществе, целесообразности создать проекта НОР для начинающих хирургов. Тем самым, дополнить концепцию «Наставничество в медицинской среде» актуальными для хирургических специальностей методологическими, юридическими и социальными аспектами, или же взяв за основу указанную концепцию, проработать самостоятельный документ «Наставничество в хирургии» и выступить с инициативой его юридического закрепления через приказ министерства здравоохранения Российской Федерации.

305. Оказание помощи пациентам торакального профиля в условиях общехирургического отделения (неотложной хирургии)

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

Екатеринбург, 2) Самара

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

Сложность диагностики и выбор тактики у пациентов с заболеваниями и травмами груди является причиной диагностических и лечебно-тактических ошибок в 19,6 – 36,4 % случаев по данным разных авторов. Внедрение в практику медицинской видеотехники позволило поднять качество диагностики и лечения на новый уровень. За период с 2006 по 2017 год в отделении неотложной хирургии 354 ВКГ Минобороны России находился на лечении 110 пациентов со спонтанным пневмотораксом (СП) и осложненными травмами груди (ОТГ) в возрасте от 17 лет до 71

года: с СП 60 пациент (средний возраст 29 лет), с ОТГ 51 пострадавший (средний возраст 34 года). Средний срок поступления от начала заболевания составил 1,5 суток, травмы – 2 суток. Из 60 человек с СП: у 34 человек диагностирован правосторонний пневмоторакс, у 25 – левосторонний и у 1 – двухсторонний пневмоторакс. Причины: у 4 пациентов разрыв спек, у 41 - буллёзные изменения легочной ткани (верхняя доля и язычковые сегменты), у 15 пациентов причина пневмоторакса не выяснена. 5 пациентов переведены из других ЛПУ, 4 из них повторно оперированы. Средний койко-день составил 9,2 дня. По характеру травмы груди пострадавшие распределились следующим образом: 3 пациента с огнестрельными ранениями, 13 – с колото-резаными ранениями, 35 – с закрытой травмой груди. Из всех поступивших у 14 пострадавших диагностирован пневмоторакс, у 19 – гемоторакс, у 18 – гемопневмоторакс, 14 пострадавших были с сочетанной травмой (у 5 – черепно-мозговая травма, у – 9 повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства). Во всех случаях торакоскопия позволила визуализировать характер повреждений, по показаниям выполнить аэро- и гемостаз, санацию плевральной полости, установку дренажей. Повторных вмешательств и осложнений после торакоскопий по поводу травм не было. Средний койко-день составил 14 суток. За указанный период выполнено 60 торакоскопических операций, из них 36 при СП и 24 при ОТГ. При СП в 10 случаях выполнялась диагностическая торакоскопия, в 10 случаях - диагностическая торакоскопия с плевродезом (опудривание тальком или электрокоагуляция париетальной плевры), в 2 случаях выполнялось прижигание булл, в 14 случаях - торакоскопическая атипичная резекция верхушечных сегментов аппаратом «ENDO GIA UNI-VERSAL ROTICULATOR» фирмы «AUTOSUTURE» (кассетами 40 и 60 мм). При ОТГ выполнено 7 диагностических, 13 санационных (в т.ч. свернувшегося гемоторакса) торакоскопий, электрокоагуляция раны лёгкого и грудной стенки в одном и двух случаях. В одном случае произведено опорожнение внутрилегочной гематомы с санацией свернувшегося гемоторакса у переводного пострадавшего. Переход на торакотомию с атипичной резекцией верхушечного сегмента выполнен у 1 пациента с некупирующимся рецидивным спонтанным пневмотораксом в связи с наличием большого количества булл и выраженным спаечным процессом в плевральной полости после перенесенных ранее 6 пневмотораксов. Все операции заканчивались дренированием плевральной полости. Дренажи

удалялись на 2 – 4 сутки. 5 пациентов с СП были оперированы повторно после торакоскопии на 2 – 10-е сутки в связи с неполноценным аэростазом в 3 случаях (образование бронхоплевральных свищей после коагуляции булл при видеоторакоскопии и разрыв нераспознанных во время торакоскопии булл), кровотечения из спаек и по линии резекции легкого в 2 случаях. Данные осложнения потребовали выполнение переднебоковой торакотомии, резекции сегментов, несущих свищи и буллы, прошивание краев линий резекции и коагуляции спаек. Все пациенты активизировались на 1 сутки после торакоскопических операций, обезболивание наркотическими препаратами не требовалось. Таким образом, торакоскопические вмешательства можно рассматривать как альтернативу традиционной торакотомии. Минимизируя интраоперационную травму, можно уточнить диагноз, определить тактику ведения, устранить морфологическую причину заболеваний (СП), визуализировать объем повреждения и устранить его осложнения (ОТГ), что ведет в конечном итоге к профилактике рецидивов, уменьшению послеоперационных осложнений, быстрейшему восстановлению трудоспособности.

306.Переводные пострадавшие. Проблемы госпитального этапа

Сандалов Е.Ж., Полунин С.В.

Екатеринбург

ФГКУ 354 ВКГ МО РФ

Реалии жизни таковы, что подавляющее количество лечебных учреждений не обладают необходимыми силами и средствами в лечении полостных травм, в особенности политравм. В идеале помощь таким пациентам должна оказываться подготовленными бригадами специалистов, работающих круглосуточно, при наличии необходимых средств диагностики и лечения. Но чаще всего пациенты поступают в хирургические отделения больниц с ограничением возможностей диагностики и лечения, где проводятся мероприятия по устранению жизнеугрожающих последствий травм. Далее такие пациенты должны быть переведены на следующий этап – оказание специализированной

помощи, в т.ч. высокотехнологичной. Выбор тактики лечения у раненых и пострадавших напрямую зависит от качества, полноты, своевременности диагностики повреждений и оценки тяжести травмы. С целью изучения дефектов диагностики и лечения для улучшения организации хирургической помощи раненым и пострадавшим был проведен ретроспективный анализ 72 истории болезни больных, переведенных из лечебно-профилактических учреждений в отделение неотложной хирургии 354 ВКГ за период 1996 – 2016 год. Из лечебных учреждений Минобороны (ВМО МО РФ) переведено 20 пациентов (27,8%), из лечебных учреждений Минздрава России (ЛПУ МЗ) – 52 (72,2%). Пострадавших с множественной и сочетанной травмой было 28 пациентов (38,9%), с изолированными травмами - 44 пациента (61,1%). По прибытию пациента в 354 ВКГ в зависимости от состояния пациенты помещались в отделение реанимации или направлялись в приемное отделение, где после ознакомления с документацией и сбора анамнеза проводилось дообследование. Во всех случаях имелись дефекты документации в виде небрежного и неполного оформления выписных или переводных эпикризов. Решение о необходимости и объеме исследований принималось с учетом характера травмы, области повреждения, наличия осложнений при отсутствии необходимых исследований или при сомнительных результатах предыдущего обследования. На предыдущих этапах лечения не диагностированы повреждения у 26 пациентов (36,1%), отмечены ошибки в диагностике у 13 (18,1%), погрешности в оперативной технике у 26 (36,1%). У 11 пациентов (15,3%) развились осложнения, связанные с поздней диагностикой повреждений и погрешностями оперативного пособия на предыдущих этапах (свернувшийся гемоторакс, перитонит). Из 25 пациентов с повреждением органов груди у 9 (36%) повреждения не диагностированы (переломы ребер, грудины, гемо- и пневмоторакс), дефекты хирургического лечения были у 6 (24%) пострадавших (использование тонких или очень мягких дренажей, установка дренажей в мягкие ткани, установка в плевральную полость слишком коротких или длинных фрагментов), что потребовало проведения оперативных вмешательств в первые сутки. Из 40 случаев повреждения органов брюшной полости у 21 (52,5%) пациента выявлены дефекты предыдущих этапов в виде не диагностированных при поступлении или вовремя ревизии (при нарушении методики) повреждений селезенки и кишки, потребовавшие оперативного вмешательства по неотложным и срочным показаниям. Больше всего

ошибок было у пациентов с множественной и сочетанной травмой, у них же наблюдались дефекты хирургического лечения, что потребовало выполнения оперативных вмешательств по неотложным и срочным показаниям. Из общего количества переведенных пострадавших оперированы 44 пациента (65,1%). Переведенных из ВМО МО РФ оперировано 15 (75%), из ЛПУ МЗ – 29 (55,8%). По первичным показаниям из всех поступивших оперировано 20 (45,45%), повторно – 24 (54,55%). Первичные операции пациентам с повреждениями органов живота выполнены у 11 (55%), груди – у 5 (25%), прочие повреждения – у 4 (20%); повторные операции – у 13 (54,2%), 5 (20,8%) и 6 (25%) человек соответственно. Инвалидизации и летальных исходов не было. 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.

307. SILS холецистэктомия - начальный опыт

*Борота А.В., Кухто А.П., Борота А.А.,
Герасименко Е.А.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького Кафедра общей
хирургии № 1

Актуальность. Наверное, ни одна отрасль современной науки не развивается столь стремительно, как хирургия. Последние два десятилетия мы стали свидетелями появления и быстрого прогресса эндоскопической технологии. Параллельно с традиционной эндоскопической хирургией развивается эндоскопия через естественные физиологические отверстия (NOTES-технология), одной из разновидностей которой является однопортовая лапароскопия, имеющая разные названия в англоязычной и отечественной литературе (SILS, ЕЛД—единый лапароскопический доступ). Лапароскопическая хирургия одного доступа является следующим этапом в эволюции минимально инвазивной хирургии. В 1997 году G. Navarra сообщил о выполнении лапароскопической холецистэктомии через 2 троакара (11 мм), расположенных в пупке, однако, тракция желчного пузыря осуществлялась с помощью трех швов, расположенных трансперитонеально. Для проведения лапароскопических операций необходима триангуляция – это размещение инструментов и камеры так, чтобы угол между рабочими инструментами был 90° и больше с камерой между ними. При однопортовой лапароскопии инструменты и камера располагаются параллельно друг другу, что существенно снижает возможность «правильной»тракции. Поэтому для проведения такого рода лапароскопических операций используются специальные изогнутые лапароскопические инструменты, которые позволяют увеличить тракцию. Цель исследования. Проанализировать первый опыт выполнения лапароскопических однопортовых вмешательств, оценить возможности выполнения данных операций в абдоминальной эндоскопической хирургии с учетом их эффективности и безопасности, а также преимуществ перед стандартными лапароскопическими вмешательствами. Материалы и методы. Проанализирован опыт хирургического лечения 15 пациентов с неосложненными формами желчекаменной болезни, оперированных в клинике

общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе Донецкого клинического территориального медицинского объединения путем единого лапароскопического доступа за период с августа 2017. Результаты. Отмечена особая сложность выполнения данных операций, обусловленная отсутствием триангуляции инструментария, и в связи с этим удобного, близкого к 90° угла сочленения рабочих частей в зоне интереса; «конфликтом» инструментов при расположении их в одной плоскости и на одном уровне по отношению к рукам оператора и ассистента (при одинаковой длине лапароскопа и рабочих инструментов); отсутствием возможности разнонаправленной тракции для создания наилучшей экспозиции. Для улучшения экспозиции в проекции треугольника Калло мы использовали трансабдоминальную фиксацию желчного пузыря в области дна к диафрагме и к передней брюшной стенке нитью PDS3-0 на прямой игле. Для удобства манипуляции в брюшной полости иглу специально сгибаем пополам под углом 45°. Обязательным считаем дренирование Винслова отверстия ПХВ-трубкой, которую проводим через имеющийся монопортовый доступ, дренаж удаляем через сутки. Важным фактором профилактики возникновения троакарных грыж считаем тщательное ушиванием онопортового доступа. Отчетливым преимуществом однопортовой лапароскопии является ее безусловный косметический результат - при продольном доступе в пупочном кольце не остается никаких видимых следов операции, отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация пациентов, сокращение койко-дня. Относительным недостатком считаем увеличение длительности операции в среднем на 25-35 минут. Осложнений отмечено не было ни в одном случае. Выводы. Таким образом, первый опыт выполнения SILS оставляет положительное впечатление, несмотря на технические аспекты, однако является очередной попыткой улучшить косметический эффект малоинвазивной хирургии, минимизируя возможные осложнения, связанные с многочисленными разрезами, болевым синдромом, что позволяет улучшить качество жизни больных.

308. Первый опыт применения SILS в эндоскопической хирургии рака ободочной кишки

*Борота А.В., Кухто А.П., Герасименко Е.А.,
Борота А.А.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра общей хирургии № 1

Актуальность. Хирургия единого доступа (SILS) — это более щадящий с косметической точки зрения вариант лапароскопической операции. При этом все троакары и инструменты устанавливаются через один прокол в области пупка - природного рубца, содержащего минимальное количество подкожно-жировой клетчатки. Цель исследования. Проанализировать первый опыт выполнения лапароскопических однопортовых вмешательств при опухолях ободочной кишки в клинике общей хирургии № 1, оценить возможности выполнения данных операций в абдоминальной эндоскопической хирургии с учетом их эффективности и безопасности, а также преимуществ перед стандартными лапароскопическими вмешательствами. Материалы и методы. Проанализирован опыт хирургического лечения 6 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе Донецкого клинического территориального медицинского объединения путем единого лапароскопического доступа за период с августа 2017г. Среди них 4 пациента с опухолевой патологией сигмовидного отдела ободочной кишки и 2 пациента с раком восходящего отдела ободочной кишки, которым выполнена правосторонняя гемиколонэктомия. В одном из случаев операция выполнялась на 7 сутки после ранее перенесенного лапароцентеза в околопупочной области, ввиду чего отмечен умеренно выраженный спаечный процесс и некоторые технические сложности при установки монопорта в данной области. Результаты. Монопортовый доступ осуществляли в продольном направлении в околопупочной области размером до 3 см. Кишку мобилизовали медио-латеральным доступом. Первым этапом выполнена лапароскопическая лимфодиссекция по ходу нижней брыжеечной артерии при раке сигмовидной кишки и артерии илеоколика при раке восходящего отдела ободочной кишки с клипированием и пересечением сосудов

интракорпорально. Выполнялась лапароскопическая мобилизация кишки вплоть до границы резекции. Для улучшения экспозиции при работе на брыжейке использовали фиксацию сигмовидной кишки за appendix epiploica к передней брюшной стенке нитью PDS3-0 на прямой игле. Для удобства манипуляции в брюшной полости иглу специально сгибаем пополам под углом 45°. Препарат извлекали через расширенный монопортовый доступ (длина разреза 5-6см). Для предупреждения контаминации и имплантации опухолевых комплексов в переднюю брюшную стенку для извлечения препарата использовали специальный рукав. Инвагинационный анастомоз формировали экстракорпорально. Окно брыжейки не ушивали. Важным фактором профилактики возникновения троакарных грыж считаем тщательное ушивание монопортового доступа. Послеоперационных осложнений отмечено не было. Некоторая сложность выполнения данных операций обусловлена отсутствием триангуляции инструментария, и в связи с этим удобного, близкого к 90° угла сочленения рабочих частей в зоне интереса; «конфликтом» инструментов при расположении их в одной плоскости и на одном уровне по отношению к рукам оператора и ассистента (при одинаковой длине лапароскопа и рабочих инструментов); отсутствием возможности разнонаправленной тракции для создания наилучшей экспозиции. Отчетливым преимуществом однопортовой лапароскопии является ее безусловный косметический результат - при продольном доступе в пупочном кольце не остается никаких видимых следов операции, отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация пациентов, сокращение койко-дня. Относительным недостатком считаем увеличение длительности операции в среднем на 90 минут. Выводы. Таким образом, первый опыт выполнения SILS составляет положительное впечатление, несмотря на технические аспекты, является очередной попыткой улучшить косметический эффект малоинвазивной хирургии, минимизируя возможные осложнения, связанные с многочисленными разрезами, болевым синдромом, что позволяет улучшить качество жизни больных.

309. Вариант одномоментного лечения острого парапроктита в сочетании с геморроидальной болезнью

Гюльмамедов Ф.И., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра общей хирургии №1

Актуальность. До последнего времени вопрос одномоментного хирургического лечения геморроидальной болезни на фоне острого парапроктита остается дискуссионным и неоднозначным. При оперативном лечении сочетанных хирургических заболеваний прямой кишки встает вопрос: разделить хирургическое вмешательство на два этапа или произвести одновременную хирургическую коррекцию имеющейся сочетанной патологии. Некоторые исследователи указывают на необходимость расширения показаний к этим операциям, отмечая их положительные качества, другие очень осторожно подходят к этому вопросу, обосновывая свои взгляды высоким процентом осложнений, и указывают, что эти операции должны выполняться хирургом высокой квалификации и только по очень строгим показаниям. При оценке ближайших и отдаленных результатов лечения, возможных осложнений, рецидивов парапроктита необходим особый подход к выбору тактики хирургического лечения рассматриваемых патологий, удельный вес в структуре колопроктологической заболеваемости которых колеблется от 20 до 41%. Цель исследования. На основании имеющегося клинического материала проанализировать результаты выполнения сочетанного хирургического лечения острого парапроктита на фоне геморроидальной болезни. Материалы и методы. Рассмотрены результаты хирургического лечения 15 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 на базе проктологического отделения ДокТМО по поводу острого парапроктита, которым выполнено вскрытие парапроктита с интраоперационным проведением режущего сетона и одномоментной геморроидэктомией. У всех наблюдаемых пациентов имела место геморроидальная болезнь 3-4 стадии. Длительность заболевания составила от 3 до 4 дней. Оперативное лечение начинали с геморроидэктомии. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин -14,

женщин-1. Возраст больных колебался в пределах от 19 до 67 лет, из них 8 трудоспособного возраста. Длительность заболевания составила от 2 до 5 дней. Результаты. Осложнений отмечено не было. Рецидивов отмечено не было ни в одном случае. Послеоперационный койко-день варьировал от 7 до 9 дней, в зависимости от степени выраженности воспалительных изменений в параректальной клетчатке. Следует отметить, что затягивание лигатуры выполнялось интраоперационно, на 3и 7-е сутки послеоперационного периода соответственно. В предложенной нами методике отсутствует фактор повреждения мышечных структур анального сфинктера, что является профилактикой развития анальной инконтиненции. Выводы. Таким образом, проведение одномоментной хирургической коррекции острого парапроктита на фоне геморроидальной болезни обладает множеством преимуществ, поскольку является щадящим, эффективным и малотравматичным методом хирургического лечения, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений, рецидивов парапроктита и недостаточности запирающего аппарата прямой кишки. На основании имеющегося опыта можно утверждать, что сочетанные операции избавляют больного от повторного хирургического вмешательства, приносят положительный экономический эффект, связанный с сокращением койко-дней и материальных затрат на лечение, повышают качество жизни больных данной категории, что в конечном счете оказывает большое положительное влияние на исход лечения.

310. Радикальный способ лечения острого парапроктита с экстрасфинктерным расположением внутреннего свищевого отверстия

Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Герасименко Е.А.

Донецк

Донецк

Актуальность. После вскрытия острого парапроктита с экстрасфинктерным расположением внутреннего свищевого отверстия до недавнего времени широко применялась методика вскрытия парапроктита, санация полости абсцесса, в некоторых случаях

проведение дренирующего сетона. В последующем ранее существующий экстрасфинктерный свищ мог перейти в интра-, или трансфинктерный, что значительно улучшало прогноз, особенно в отношении анальной инконтиненции, однако повторное оперативное вмешательство было неизбежным. Многоэтапность хирургического лечения, необходимость повторной госпитализации, увеличение койко-дня и, как следствие, рост материальных затрат на лечение на фоне ухудшения качества жизни больных побуждает хирургов искать новые способы радикального одноэтапного лечения данной категории больных. Цель исследования. На основании имеющегося клинического материала проанализировать результаты использования режущего сетона у пациентов с острым парапроктитом при экстрасфинктерном расположении внутреннего свищевого отверстия. Материалы и методы. Рассмотрены результаты хирургического лечения 29 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 на базе проктологического отделения ДокТМО с 2015 по 2017гг. по поводу острого парапроктита, которым выполнено вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин-28, женщин-1. Возраст больных колебался в пределах от 19 до 67 лет, из них 19 трудоспособного возраста. Длительность заболевания составила от 2 до 4 дней. Результаты. После идентификации внутреннего свищевого отверстия, в случае его экстрасфинктерного расположения, выполнялось первичное радикальное оперативное вмешательство при любой локализации внутреннего отверстия свища (в передней, задней, боковой криптах), при этом пуговчатый зонд проводился через внутреннее свищевое отверстие в просвет прямой кишки, на зонде рассекался массив тканей, при этом не повреждая волокна сфинктера, через внутреннее отверстие наружу проводились 3 отдельные шелковые лигатуры, одну из которых затягивали и завязывали интраоперационно, полость абсцесса дренировали, в последующем продолжали санацию, оставшиеся лигатуры завязывали и затягивали на 3 и 7 сутки соответственно. Случаев анальной инконтиненции не было. Рецидив свища возник только в одном случае (3,4%) при подковообразном расположении гнойника, повторно был проведен режущий сетон, послеоперационный период протекал гладко, рецидива свища и нарушения функции замыкательного аппарата прямой кишки у данного пациента также отмечено не было. Для уменьшения болевого синдрома в послеоперационном периоде,

важным считаем проведение лигатур только через мышцы сфинктера, не вовлекая в шов окружающие ткани, в особенности, перианальную кожу. Послеоперационный койко-день у пациентов варьировал от 7 до 9 дней в зависимости от скорости репарации тканей и ремиссии воспалительного процесса в перианальной зоне. Критерием эффективности данной методики являлось полное прорезывание лигатуры и выпадение последней. Выводы. Таким образом, вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона обладает множеством преимуществ перед традиционными способами хирургического лечения парапроктитов с экстрасфинктерным расположением внутреннего отверстия, поскольку является радикальным, эффективным и одноэтапным методом хирургического лечения данной категории больных, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений, рецидивов, а также является профилактикой послеоперационной недостаточности запирающего аппарата прямой кишки

311. Ближайшие результаты операции Лонго при геморрое

Белоцкая Л.В. (1), Чистохин С.Ю. (2)

Чита

1) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2, 2) ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Геморроидальная болезнь считается одной из самых распространенных патологий у людей трудоспособного возраста. В современной колопроктологии продолжается поиск варианта операции, сочетающий в себе высокую эффективность и малую травматичность. Этим требованиям вполне соответствует степлерная геморроидопексия по Лонго. Цель исследования – оценить ближайшие результаты изолированной степлерной геморроидопексии по Лонго и сравнить их с гибридной операцией – степлерной геморроидопексии с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов. Материал и методы. В течение 2017 года в НУЗ ДКБ ст. Чита-2 проведено проспективное

нерандомизированное исследование результатов первых 45 больных с хроническим геморроем III-IV степени, оперированных способом степлерной геморроидопексии по Лонго. Из них 15 пациентам операция Лонго выполнена в изолированном виде (I группа), а 30 больным – гибридная операция – геморроидопексия по Лонго дополнена иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа). Результаты. У всех больных I группы после операции Лонго отмечался незначительный болевой синдром на уровне 3,5+1,2 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), купировался в течение первых же суток. Отек перианальный наблюдался у 6 (40%), отек с выпадением слизистой у 3 (20%) из них. Послеоперационные небольшие кровотечения, остановленные консервативно отмечались у двух (13,3%). Продолжительность лечения в стационаре составила 3,5+0,8 дней, амбулаторного долечивания – 20+2,5 дней. В сроки от 2 до 10 месяцев по 1-2 раза обследовались все 15 пациентов I группы: у 9 (60%) из них сформировалось по 2-5 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в разные сроки электрокоагулятором в амбулаторных условиях. Отторжение скрепок механического шва сопровождалось дискомфортом, незначительными болевыми и геморрагическими явлениями у 2 (13,3%) больных. Отдаленные результаты в I группе расценены как хорошие у 86,7%, удовлетворительные – у 13,3%, а плохих – не было. Во II группе из 30 больных после степлерной геморроидопексии с иссечением наружных узлов боли на уровне 4,7+1,3 баллов по ВАШ, купировались на 2-3 сутки ($p=0,28$). Транзиторные отеки без выпадения прошитых узлов отмечены у 5 (16,7%), ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,01$). Раны зажили первичным натяжением у всех пациентов этой группы, остатки геморроидальной ткани внутренних узлов подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромок ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили 4,8+1,2 дней ($p=0,25$), амбулаторного долечивания – 21+4,5 дней ($p=0,32$). В сроки от 2 до 9 месяцев осмотрено 28 пациентов II группы: дискомфорт и незначительные боли, связанные с отхождением скрепок наблюдались у 3 (10,1%) больных ($p=0,37$). У всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты. Заключение. Гибридные операции в виде степлерной геморроидопексии по Лонго в

сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов заметно облегчают течение реабилитационного периода, позволяют существенно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику.

312. Технические аспекты лапароскопической герниоаллопластики при лечении паховомошоночных грыж

Борота А.В., Плахотников И.А, Енгенов Н.М.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Актуальность темы. Лечение грыж паховомошоночной 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, 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 212 оперированных больных с паховомошоночными грыжами за период с 2005 по 2017 годы. Из них 186 пациентам (87,7%) 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. 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 лапароскопически клипированием. 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.

313. Академик РАМН Виталий Алексеевич Бухарин (1930 – 2004) и хирургия единственного желудочка сердца

Лошаков А.В., Глянцев С.П.

Москва

ФГБУ «НИМЦ ССХ им А.Н. Бакулева»
Минздрава России

Лауреат Ленинской и Государственной премий, академик РАМН Виталий Алексеевич Бухарин (1930 – 2004) внес вклад в хирургию многих ВПС, особенно редких и сложных. Одним из таких пороков является «единственный желудочек сердца» (ЕЖС). Впервые «двупредсердное трехкамерное сердце» в 1824 г. описал Е. Holmes. В 1901 г. М. Abbott заново описала и гемодинамически охарактеризовала «сердце Холмса», которое представлено двумя предсердиями с атриоventрикулярными отверстиями и одной желудочковой камерой. Порок встречается у 1,7 – 3% новорожденных с ВПС и клинически протекает тяжело: до 75% детей с ЕЖС умирает в течение 1-го года жизни. Наиболее совершенную классификацию порока в 1964 г. разработал R. Van Praagh, объединив многообразную морфологию порока с типами нарушения гемодинамики. В 1965 г. на основе анализа 50 наблюдений эту классификацию дополнил Б.А. Константинов с соавт.. Для обозначения порока использовали разные названия: «трехкамерное сердце с двумя предсердиями» (Rogers H.M., Edwards G.E., 1951), «общий желудочек» (Carey L., Ruttenberg H.D., 1964; Углов Ф.Г. и соавт., 1967), «трехкамерное сердце с единственным желудочком» (Константинов Б.А. с соавт., 1965). R. Van Praag (1964) и A.D. Morgan (1966) не делали различий между терминами «единственный» и «общий желудочек». В 1970 г.

В.А. Бухарин и В.П. Подзолков, стремясь к унификации терминологии ВПС, определили порок как ЕЖС. В 1960-е гг. хирургическое лечение больных с ЕЖС ограничивалось паллиативными процедурами, нормализующими легочный кровоток. К началу 1970-х гг. были разработаны, усовершенствованы и стали применяться новые методики искусственного кровообращения (ИК), защиты миокарда, анестезиологического пособия и послеоперационного ведения больных. Это позволило приступить к более радикальной коррекции ЕЖС. С помощью одной из методик, которую выполняли у больных со сниженным кровотоком в легочной артерии (ЛА), разделяли внутрисердечные потоки крови, направляя венозную кровь из правого предсердия (ПП) в ЛА. В результате ПП приобретало функцию полости, нагнетающей кровь в легкие, а ЕЖ, получавший артериальную кровь, направлял ее в аорту. Операция заключалась в ушивании овального окна (ОО) и трехстворчатого клапана (ТК) с последующим наложением анастомоза между ушком ПП и дистальной культей ЛА. Эту операцию в 1971 г. предложил F. Fontan, именем которого она и была названа. В СССР эту операцию 24 апреля 1972 г. впервые выполнил В.А. Бухарин. Однако пациент скончался через 24 часа от сердечной недостаточности. В том же 1972 г. В.А. Бухарин выполнил еще 3 подобные операции, используя для оттока крови из ПП клапаносодержащий кондуит. Все больные поправились. В основе другой методики лежит принцип восстановления анатомии сердца созданием перегородки, разделяющей единственный желудочек на две камеры, и устранение сопутствующих пороков. Данную операцию в 1971 г. предложили S. Seki и D. McGoop, предварительно отработав ее в эксперименте. К 1975 г. в литературе было описано 24 случая успешной операции септации ЕЖС с 7 летальными исходами. В СССР эту операцию впервые 6 октября 1975 г. у девочки 4 лет. доступом через правую венотомию под гипотермией до +28°C в сочетании с ИК успешно выполнил В.А. Бухарин. Операция заключалась в ушивании ОО с фиксацией дакроновой «заплаты» размером 4,5 x 3,5 см к стенкам желудочка и основании септальной створки ТК. В последующие годы хирурги многих стран, включая Россию, изучали анатомические варианты ЕЖС, топографию проводящей системы сердца при данной патологии, предлагали новые показания и противопоказания к операции, совершенствовали технику гемодинамической и анатомической коррекций порока, предлагали новые вмешательства. Но ничего этого бы не было без пионеров хирургии этого порока. В России таковым,

безусловно, является В.А. Бухарин, внесший весомый вклад в изучение анатомо-функциональных особенностей, а также разработку и внедрение в практику методик гемодинамической и анатомической коррекции ЕЖС.

314. Оценка вероятности развития хирургических осложнений у пациентов с язвенным колитом

*Полунин Г.Е., Седаков И.Е.,
Гюльмамедов Ф.И., Василенко Л.И.,
Гюльмамедов В.А., Танасов И.А.*

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Актуальность темы. По материалам 1-го Международного конгресса по ВЗК, проходившего в Мадриде в 2000 году, в следующие десятилетия прогнозировалась «эпидемия» воспалительных заболеваний толстой кишки (ТК) в странах Азии, Восточной Европы, в том числе в России и Украине. Клиника общей хирургии № 1 Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького занимается проблемой лечения язвенного колита (ЯК) и болезни Крона более полувека, и наши данные подтвердили высказанный на конгрессе прогноз. Если в 90-х годах прошлого столетия в клинике было пролечено 134 пациента с ЯК, то в период с 2000 по 2009 годы – 288, а с 2010 по 2018 – 323. Последняя цифра несомненно была бы более внушительной, если бы с 2014 года не начались боевые действия на Донбассе. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 530 пациентов с ЯК за последние 15 лет. Из них оперировано 96 (18,1±1,7%). Мужчин было 47 (49,0±5,1%), женщин – 49 (51,0±5,1%). Результаты и обсуждение. Средний возраст прооперированных составил 42,4±2,9 лет. Если сравнивать аналогичный показатель за предыдущие 15 лет, то он составил 33,1±3,9 лет (p>0,05). Показаниями к операции послужили: прогрессирование синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) – 29 (30,2±4,7%), токсическая дилатация ТК – 25 (26,0±4,5%), кровотечение – 13 (13,5±3,5%), рак ТК – 13 (13,5±3,5%), полипоз ТК – 9 (9,4±3,0%),

воспалительная псевдоопухоль (ВО) – 7 (7,3±2,7%) пациентов. Возраст дебюта ЯК составил: при СПОН – 31,4±2,2, токсической дилатации ТК – 39,2±3,2, кровотечения – 30,2±2,6, раке ТК – 38,7±3,6, полипозе ТК – 39,1±3,1, ВО – 58,0±4,2 лет. Время прошедшее от дебюта до развития осложнений распределилось следующим образом: при СПОН – 4,9±1,6, токсическая дилатация ТК – 3,1±1,1, кровотечение – 3,9±1,4, рак ТК – 10,7±2,6, полипоз ТК – 7,2±2,4, ВО – 1,3±0,4 года. Выводы. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению возраста, в котором производят операции пациентам с ЯК. Это связано с появлением современных схем консервативного лечения и лекарственных препаратов. Полученные данные позволяют нам утверждать, что у пациентов с ЯК дебют заболевания у которых был в более молодом возрасте более высокий риск развития таких осложнений как СПОН и кровотечение. Время, прошедшее от дебюта ЯК до развития urgentных осложнения (СПОН, токсическая дилатация, кровотечение) составляет в среднем около 4 лет. Эти расчеты необходимы для разработки методик прогнозирования развития осложнений при ЯК.

315. Особенности хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний аксиллярно-генитально-параректальных локализаций.

*Бурова С.А., Эмирасланов Ф. Л.,
Бородулина К.С., Кудрявцева Р.Л.*

Москва

ГБУЗ ГКБ им. В.В.Вересаева ДЗ г.Москвы

Распространённый хронический гнойный гидраденит (ХГГ) часто называют аксиллярно-генитальным синдромом. В 5-6% случаев в гнойных очагах обнаруживают актиномицеты (грам-положительные бактерии). Как правило, У больные с этой патологией мигрируют между хирургами, проктологами и дерматологами, у них развивается чувство социальной неполноценности. ХГГ проявляется болезненными, глубоко локализованными, воспалительными узлами, которые в дальнейшем абсцедируют, образуют свищи и рубцы. Актиниомикоз представлен плотно-доскообразными инфильтратами, специфическими

гранулёмами в тканях, абсцедированием в виде микроабсцессов и образованием извитых свищевых ходов с гнойным отделяемым. Редкое обнаружение возбудителей даже при яркой и типичной клинической картине актиномикоза объясняется тем, что актиномицеты обладают способностью спонтанно лизироваться, обызвествляться, деформироваться, кальцинироваться и подвергаться другим дегенеративным изменениям. К консервативному лечению этих заболеваний относятся: применение системных антибиотиков; актинолизатотерапия по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю 10-20 инъекций; промывание свищей растворами антисептиков; физиотерапия УЗ с 10% йодистым калием в импульсном режиме; наружные препараты. Хирургические методы лечения разнообразны, к основным из них относятся: фенестрация- рассечение свищевых ходов; лазеротерапия (Сканнеры - CO₂-лазер, Nd:YAG-лазер); кюретирование свищевых ходов; иссечение одиночных очагов; вскрытие и дренирование; радикальное иссечение очагов поражения в пределах видимых здоровых тканей после купирования воспаления и отграничения очага от здоровых тканей; методы реконструкции и последующее терапевтическое лечение могут варьировать. Поэтапное радикальное иссечение очага поражения при ХГГ и актиномикозе в большинстве случаев является обязательным требованием при выборе хирургической тактики лечения этих заболеваний. После операции используются методы первичного и вторичного заживления, вакуум-терапии и реконструкции с использованием кожного трансплантата. Полное излечение возможно, когда операция проводится в ранние сроки после тщательной комплексной предоперационной медикаментозной подготовки за счет антибиотико- и актинолизатотерапии, предварительного вскрытия абсцедирующих участков, промывания свищевых ходов, дезинтоксикационных средств, лечения соматических заболеваний, а в послеоперационном периоде – продолжения актинолизатотерапии.

316. Чрезкожные эндоскопические гастростомы: возможность импортозамещения в паллиативной медицине.

*Гостимский А.В.(1), Гавицук М.В.(2),
Багатурия Г.О.(1), Найденов А.А.(2),
Косулин А.В. (1), Завьялова А.Н.(1),
Карпатский И.В.(1), Гостимский И.А.(1)*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СПб ГПМУ Минздрава России 2) СПб
ГБУЗ «Городская больница №26»

Актуальность. Одна из проблем паллиативной помощи – питание больных, которые не могут принимать пищу через рот. Решением этой задачи занимаются врачи хирургических стационаров, которые накладывают гастростомы для питания. Тяжесть состояния этих больных требует применения малоинвазивных вмешательств, в частности чрезкожных эндоскопических гастростом (ЧЭГ). Шансов на восстановление трудоспособности этих больных нет, а расходные материалы для малоинвазивной гастростомии производятся за рубежом. Поэтому происходит безвозвратное расходование ресурсов бюджета России и финансирование иностранных производителей. Материал и методы. Цель работы - поиск возможности импортозамещения и удешевления ЧЭГ. Удешевление возможно за счет использования в качестве гастростомической трубки катетера Пеццера, который применяется при лапаротомных гастростомиях и первоначально использовался авторами методики. Нами разработано многоразовое устройство для наложения ЧЭГ с помощью катетера Пеццера (приоритетная заявка 2017122439 от 26.06.2017). Устройство представляет собой металлический конусовидный полый наконечник с металлической петлей, в котором фиксируется катетер Пеццера. Изобретение опробовано в эксперименте на 10 кроликах. Выполнить все этапы ЧЭГ на кроликах невозможно, поэтому выполнялась лапаротомия и гастротомия. Затем под контролем глаза пунктировался желудок в стороне от операционной раны, через просвет иглы вводился проводник, за который гастростомическая трубка вытягивалась из просвета желудка через переднюю брюшную стенку. В качестве гастростомической трубки использован катетер Пеццера № 24 с разработанным металлическим конусовидным наконечником. После наложения гастростомы и фиксации катетера к коже, гастротомическое отверстие ушивалось

двухрядным швом. Далее ушивалась операционная рана, накладывалась повязка и бандаж. После операции кролики питались естественным путем, через гастростому вводилась вода. На 10-13 сутки после операции животные выводились из эксперимента. Результаты и обсуждение. 2 из 10 животных погибли на 5 и 6 сутки после операции от острой пневмонии и энтероколита, осложнений со стороны операционной раны и гастростомы не было. Остальные 8 кроликов были выведены из опыта на 10 – 13 сутки после операции. В 3 случаях выявлены осложнения в виде нагноения послеоперационной раны и формирования абсцессов брюшной полости, при этом гастростома была состоятельна. У 5 кроликов осложнений не было. Наложение в стороне от лапаротомной раны гастростомы была состоятельна во всех случаях. Поэтому осложнения расценены как следствие лапаротомии с гастротомией и особенностей послеоперационного периода у животных. Выводы. Малоинвазивные гастростомы являются важным компонентом паллиативной помощи больным, которые не могут получать пищу естественным путем. Используемые в настоящее время одноразовые наборы для наложения ЧЭГ производятся за рубежом, их стоимость завышена за счет разницы валют. Разработанное устройство для наложения ЧЭГ с использованием катетера Пеццера подтвердило свою перспективность в эксперименте на кроликах. Внедрение изобретения в хирургическую практику позволит значительно снизить стоимость малоинвазивной гастростомии и уменьшить зависимость от иностранных производителей.

317. Выбор метода герниопластики при вентральных грыжах больших размеров

Греясов В.И. Чугуевский В.М. Щепкин С.П.

Ессентуки

ГБУЗ СК "Ессентукская городская больница"

Выбор метода хирургического лечения вентральных грыж больших размеров остаются не решенной проблемой герниологии. Данная задача требует комплексного подхода и зачастую принятия нестандартных решений. Целью данной работы

было определение основных критериев выбора герниопластики при вентральных грыжах больших размеров с учетом сопутствующей патологии и риска рецидива заболевания. Материалы и методы: за 5 летний период выполнено 56 оперативных вмешательств у больных с грыжами W 3 по ENS 2009. Мужчин в данной группе было 7 пациентов, женщин — 49 пациентов. Средний возраст составил $58 \pm 8,6$ лет. В 12 случаях (21,4%) наблюдалось несколько дефектов, что считается нами неблагоприятным прогностическим признаком рецидива заболевания. Рецидивные грыжи диагностированы в 8 (14,2%) случаях. У 44 (78,5%) имелись заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС; ГБ), у 36 (64,2%) сахарный диабет 2 типа, в 48 (85,7%) случаях ожирение II-III ст. В предоперационном периоде, использовали УЗИ для оценки интраабдоминальной патологии, размеров грыжевого выпячивания и его содержимого. В 18 КТ, МРТ, исследование пассажа кишечного содержимого. Выполнены герниопластика по sublay preperitoneal (SPP) -19 (33,9%), sublay retromuscular (SRM) в 26 (46,4%) случаях, из них в варианте Bridge у 14 (25%), в 5 (8,9%) применена интраабдоминальная пластика IPOM+; у 6 (10,7%) сепарационная пластика PCST у 3 человек, TAR -3. Результаты: среди пациентов с (SPP) и (SRM) пластикой отмечены наибольшее число осложнений со стороны раны: воспалительные инфильтраты и гематомы у 5 (8,9%) серомы - 16 (28,5%). Число рецидивов составило 4 (8,8%). Выполнение IPOM позволило в 2 случаях выполнить коррекцию сопутствующей патологии. В одном случаях при разделении спаечного процесса в зоне грыжевого выпячивания произошла травмы кишки. Течение послеоперационно периода характеризовалось практически отсутствием воспалительных раневых осложнений, быстрой реабилитацией. В 2 случаях возникли рецидивы заболевания. Применение сепарационных методов позволило решить проблему у больных с так называемой потерей домена, имеющих несколько дефектов расположенных в различных анатомических областях. Применение активного дренирование в зоне трансплантата, отказ от широкой диссекции подкожной клетчатки, позволило минимизировать число послеоперационных осложнений. Рецидивов не отмечено, количество раневых осложнений было сопоставимо с другими видами пластики из лапаротомного доступа. Заключение: пациенты с большими вентральными грыжами нуждаются в более широком клиническом обследовании включающем УЗИ, КТ, МРТ брюшной полости, исследование кинетической функции кишечника. Это позволяет объективизировать данные о

состоянии передней брюшной стенки и внутренних органов и выбрать оптимальный метод оперативного лечения. Больным с большими размерами грыжевого выпячивания при сохраненной архитектонике передней брюшной стенки наиболее целесообразно выполнение герниопластики по методу (SPP)(SRM), применение интраабдоминальной пластики IPOM+ возможно у ограниченного числа при применении максимального размера эндопротеза, у пациентов с выраженными деструктивными и дегенеративными изменениями брюшной стенки целесообразно применение сепарационных методик.

318. Опыт применения превентивного эндопротезирования при срединных лапаротомиях

Лебедев С.Н.(1), Федосеев А.В.(1), Солохин В.Э.(2)

Рязань

- 1) кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) хирургическое отделение ГБУ РО ОКБ

Актуальность Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) составляют до 20-26% от всех наружных грыж живота, занимая по частоте второе место после паховых грыж. Срединную лапаротомию как доступ выбора по-прежнему предпочитает большинство хирургов. Однако, белая линия, является наиболее уязвимой и наименее васкуляризированной частью брюшной стенки. Анализ литературных данных указал на то, что эпигастральная локализация является наиболее частым местом несостоятельности послеоперационного рубца, ее частота составляет 43,1% наблюдений. Оказались малоэффективными предложенные методы профилактики: стимуляция репаративных процессов в операционной ране путем введения фибриногена и криопреципитата, профилактика нагноений послеоперационных ран, укрепление зоны операционной раны местными тканями путем создания дубликатуры апоневроза, наложения восьмиобразных швов. В настоящее время, одним из способов профилактики послеоперационных грыж является использование сетчатых эндопротезов при первичном закрытии

раны брюшной стенки. Материалы и методы В течение 2016-2018гг. нами было прооперировано 20 пациентов с высоким риском послеоперационного грыжеобразования. У 10 из них (основная группа) было применено превентивное эндопротезирование при первичном закрытии лапаротомной раны. Имплантация сетки проводилась по различным методикам: надпоневротической-3; преперитонеальной -2; ретромускулярной-5. В группе контроля (10 человек) ушивание послеоперационной раны проводилось по традиционной методике. Группы были сравнимы по типам и частоте применения той или иной разновидности срединной лапаротомии, полу, возрасту, наличию сочетания нескольких факторов риска послеоперационного грыжеобразования. (тст-0,76 $p < 0,05$). Состояние пациентов прослежено от 3 месяцев до одного года с плановыми УЗ обследованиями в период 3,6 и 12 месяцев после операции. Качество жизни оценивалось в те же сроки методом анкетирования с использованием опросника MOS SF- 36. Результаты и обсуждение В раннем послеоперационном периоде у пациентов основной группы выявлена одна серома и одна гематома влагаллища прямых мышц живота, купированных консервативно. В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде так же сформировалась одна серома излеченная без оперативного вмешательства. В основной группе за период наблюдения случаев формирования послеоперационной грыжи не отмечено. В контрольной группе грыжи выявлены у 6 человек, что составило 60% группы. Важно отметить, что столь высокий процент обусловлен составом исследуемых групп, в которые включались пациенты с коморбидностью и наличием более одного фактора риска послеоперационного грыжеобразования. При оценке качества жизни в основной группе показатели по шкалам оказались достоверно выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Это обусловлено отсутствием грыжеобразования за изученный период у пациентов основной группы. Уровень физической активности, в основной группе был выше, чем в контрольной. Эта же тенденция прослеживалась и по шкале ролевого физического функционирования. Обращали на себя внимание довольно высокие показатели шкал социальной активности пациентов основной группы. Объем социальных связей основной группы был выше средних значений по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Выводы 1. Превентивное эндопротезирование является методом выбора закрытия лапаротомной раны при высоком риске послеоперационного грыжеобразования. 2.

Методика позволяет значительно снизить частоту формирования послеоперационных грыж после срединных лапаротомий. 3. Отдалённые результаты и качество жизни пациентов позволяют рекомендовать ее для более широкого применения в хирургических стационарах.

319. Малоинвазивное лечение первичного гиперпаратиреоза

Пампутис С.Н., Колобанов А.А., Лопатникова Е.Н.

Ярославль

ФГБОУ ВО "Ярославский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность: в настоящее время первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) занимает третье место после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы. Хирургическое удаление увеличенных околощитовидных желез (ОЩЖ) является единственным приемлемым вариантом лечения. В связи с совершенствованием методов топической диагностики произошли изменения в современных хирургических подходах к лечению ПГПТ в сторону минимально инвазивных оперативных вмешательств, в том числе ультразвуком-контролируемых. Материалы и методы: с 2013 по 2017 годы выявлены и прооперированы 48 пациентов с лабораторно подтвержденным ПГПТ. В качестве топической диагностики использовали последовательную комбинацию УЗИ ОЩЖ и тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию с гормональным исследованием (Пампутис С.Н., патент №2432906 «Способ диагностики патологически измененных околощитовидных желез»). В качестве варианта оперативного лечения использовали оригинальный (Пампутис С.Н., патент №2392898 «Способ лечения первичного и вторичного гиперпаратиреоза») малоинвазивный ультразвук-контролируемый метод с использованием чрескожной лазерной абляции (ЧЛА) увеличенной ОЩЖ. Лечение выполняли без обезболивания в амбулаторных условиях. Полученные результаты: все увеличенные ОЩЖ были визуализированы в ортопии и подтверждены ТАПБ/ПТГ. Средние размеры увеличенных ОЩЖ, подвергшихся ЧЛА, составили

14,20±4,17? 8,52±2,89?5,75±1,69 мм, средний объем - 0,38±0,05 см³. Пациентам было выполнено от 1 до 4 сеансов ЧЛА. Один сеанс ЧЛА был выполнен тем пациентам, у которых при ультразвуковом контроле через 1 месяц на месте увеличенной ОЩЖ визуализировался аваскулярный, гиперэхогенный с гипоэхогенным ободком и наличием признаков кальцинации участок, который при этом существенно достоверно ($p < 0,005$) уменьшился в размерах (объем 0,4 см³?0,14 см³). Два сеанса ЧЛА были выполнены пациентам, у которых после выполнения первого сеанса ЧЛА, измененные ОЩЖ увеличивались в объеме, а после выполнения 2 сеанса, их объем значительно достоверно ($p < 0,005$) уменьшался 0,64±0,18 см³? 0,22±0,07 см³ и на месте увеличенной ОЩЖ также визуализировался аваскулярный, гиперэхогенный с гипоэхогенным ободком и наличием признаков кальцинации участок. Три сеанса ЧЛА были выполнены пациентам, у которых после 2 сеанса не уменьшался достоверно объем ОЩЖ (0,4±0,08?0,41±0,15 см³) или визуализировались УЗ-признаки участков жизнеспособной ткани с сохраненным кровоснабжением. После 3 сеанса объем ОЩЖ достоверно ($p < 0,005$) уменьшался в размерах (0,4±0,08?0,41±0,15?0,06±0,01 см³) и на месте увеличенной ОЩЖ также визуализировался аваскулярный, гиперэхогенный с гипоэхогенным ободком и наличием признаков кальцинации участок. Четыре сеанса ЧЛА были выполнены пациентам, у которых после 3 сеанса не было выявлено достоверного снижения объема ОЩЖ (0,32±0,09?0,39±0,1 см³) или визуализировались УЗ-признаки участков жизнеспособной ткани с сохраненным кровоснабжением. После 4 сеанса ЧЛА, объем увеличенной ОЩЖ достоверно ($p < 0,005$) уменьшился в размерах (0,34±0,09?0,32±0,1?0,28±0,1?0,08±0,04 см³) и на месте увеличенной ОЩЖ также визуализировался аваскулярный, гиперэхогенный с гипоэхогенным ободком и наличием признаков кальцинации участок. У всех пациентов, не зависимо от количества выполненных сеансов ЧЛА, при УЗ-контроле, через 6 месяцев после последнего сеанса объем увеличенной ОЩЖ продолжал прогрессивно уменьшаться в среднем до 0,03±0,006 см³. Через 1 год после лечения при контрольном УЗИ не визуализировался даже участок рубцовой ткани в проекции ранее существовавшей измененной ОЩЖ. Обсуждение: факт существенного уменьшения объема увеличенной ОЩЖ и факт отсутствия ультразвуковых признаков даже рубцовой ткани на месте ранее существовавшей ОЩЖ через 1 год после завершения лечения, свидетельствуют об эффективности применяемой

методики лечения ПГПТ. Выполнение данного варианта удаления измененных ОЩЖ, в амбулаторных условиях и без обезболивания, дает возможность ликвидировать причину ПГПТ в виде увеличенной ОЩЖ и у пациентов с высоким анестезиологическим риском. Выводы: применяемый метод малоинвазивного ультразвуково-контролируемого лечения с применением ЧЛА может являться альтернативным вариантом при выборе способа удаления увеличенной ОЩЖ при пациент-ориентированном подходе лечения ПГПТ.

320. Опыт применения ривароксабана в комплексном лечении больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Ляцук А.В. (1), Торба А.В. (1), Пронин И.В. (2), Чайка О.О. (1), Кателенец М.О. (2), Нижельский В.Е. (2).

Луганск

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

ГУ « Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР (2)

Актуальность. Частота тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) в общей популяции ежегодно составляет порядка 1–1,5 случая на 1000 взрослого населения с частотой тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) до 60 случаев на 100 000 населения. Примерно у 50 % больных с ТГВНК при отсутствии антикоагулянтной терапии в течении 3 месяцев наступает повторный тромбоз. Новые оральные антикоагулянты за счет своих неоспоримых преимуществ занимают прочные позиции среди средств как первичной терапии, так и вторичной длительной тромбопрофилактики (ВТП). Цель исследования. Провести сравнительную оценку применения ривароксабана в дозировке 10 и 20 мг как средства ВТП у больных с ТГВНК. Материалы и методы. В исследование включено 115 больных с ТГВНК в период с 2016 по 2017, которые находились на лечении в отделение трансплантации и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Больные были обследованы согласно клиническим протоколам. В данном исследовании не

учитывались больные, у которых на ультразвуковом дуплексном ангиосканировании (УЗДА) с цветным доплеровским картированием кровотока верифицировали флотирующую верхушку тромба, что в последствии требовало оперативного пособия. Были сформированы две группы больных, сопоставимых по полу, возрасту, сопутствующей патологии. Группа I – 52 (45,2%) больных. Мужчин 34 (65,4%), женщин 18 (34,6%). Группа II – 63 (54,8%). Мужчин 38 (60,3%), женщин 25 (39,7%). Возраст больных от 31 до 76 лет (средний – 69,3). Локализация ТГВНК следующая: группа I - 12 (23,1%) суральный, 18 (34,6%) феморо-поплитеальный и 22 (42,3%) илео-фemorальный; группа II - 13 (20,6%) суральный, 19 (30,2%) феморо-поплитеальный и 31 (49,2%) илео-фemorальный. Группа I принимала ривароксабан в дозе 10 мг 1 раз в сутки, а группа II - в дозе 20 мг 1 раз в сутки. Длительность ВТП определялась уровнем тромботического процесса и этиологическим фактором. Обязательным для всех больных являлось использование компрессионного трикотажа (II класс) и приём флеботропных препаратов. Оценка эффективности ВТП производилась по степени реканализации глубоких вен и частоте возникновения геморрагических осложнений. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Контрольные осмотры с выполнением УЗДА проводились с частотой 1 раз в месяц. Результаты и обсуждение. В группе I через 1 месяц частичная реканализация наблюдалась у 31 (59,6%) больных, через 2 месяца частичная реканализация у 46 (88,4%) больных, полная у 6 (11,6%) больных, через 3 месяца частичная реканализация у 41 (78,8%) больных, полная – 11 (21,2%) больных. Через 1 месяц степень реканализации глубоких вен в группе II следующая: частичная реканализация у 39 (61,9%) больных, через 2 месяца частичная реканализация у 54 (85,7%) больных, полная – 9 (14,2%) больных, через 3 месяца частичная реканализация у 46 (73,1%) больных, полная – 17 (26,9%) больных. За период наблюдения случаев повторных тромбозов и ТЭЛА не отмечалось. Крупных геморрагических осложнений в обеих группах не наблюдалось. Незначительные геморрагические осложнения в 4 (7,7%) случаях в I группе и 9 (14,3%) во II группе виде носового и десневого кровотечения. Выводы. 1. Длительное использование препарата ривароксабан обеспечивает высокие темпы реканализации в окклюзированном венозном сегменте. 2. Использование ривароксабана 10 мг не уступает стандартной дозировке в эффективности ВТП, но при этом обладает меньшей частотой геморрагических осложнений. 3. При использовании ривароксабана нет необходимости в регулярном

лабораторном мониторинге, что обеспечивает высокую приверженность больных ВТП.

321. Эхинококкозы органов брюшной полости

*Хоронько Ю.В. (1), Перескоков С.В. (1),
Ермакова Л.А. (1,2), Криворотов Н.А. (1),
Кива А.А. (1)*

Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России;
- 2) ФБУН Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора

Актуальность. Для ряда территорий Юга России (Ростовская и Волгоградская области, Краснодарский и Ставропольский края, республики Северного Кавказа) гидатидозный эхинококкоз – эндемичная патология. Очень редко встречается альвеококкоз. Среди хирургов отсутствует единое мнение, касающееся тактики хирургического лечения больных при различных стадиях и формах течения инвазии. Цель – улучшить результаты лечения пациентов с эхинококкозами органов брюшной полости с помощью оптимизации алгоритма «диагностика-хирургия-химиотерапия». Материал и методы. В хирургической клинике РостГМУ в период 1997-2017 гг. хирургическому лечению подверглись 116 больных эхинококкозами брюшной полости. Диагноз верифицировали по результатам патологоанатомического исследования удаленных препаратов. После оперативного лечения проводили курсы противорецидивной терапии в клинике паразитарных болезней РостовНИИ микробиологии и паразитологии в соответствии с рекомендациями ВОЗ 1996 г. До и после хирургического лечения наряду с ультразвуковым (УЗ) исследованием, спиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии (СКТ, МРТ) органов брюшной полости, проводили иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови с целью выявления IgG к антигенам эхинококков и иммунный блоттинг позитивных сывороток. Результаты и обсуждение. Первичный эхинококкоз был у 99 (85,3%), резидуальный и рецидивный – у 17 (14,7%). Изолированное поражение печени выявлено у 108

пациентов, эхинококкоз селезенки – у 4, сочетанное поражение печени и лёгкого – у 2, печени и икроножной мышцы – у 1. У 1 больной морфологическое исследование препарата правой доли печени (после правосторонней гемигепатэктомии) позволило диагностировать альвеококкоз печени. Отмечено преобладание мужчин (67 - 57,8%). Радикальные и условно-радикальные операции (резекция печени, тотальная или субтотальная - с оставлением части фиброзной капсулы, - перицистэктомия) выполнены у 26 (22,4%) и 53 (45,7%) пациентов, соответственно. Применение хирургических, инструментальных и медикаментозных кровосберегающих технологий позволило повысить безопасность таких вмешательств. Поражение селезенки у 3-х больных было субтотальным и потребовало спленэктомии, еще у одного выполнена её лапароскопическая резекция. У больных с неосложнёнными кистами печени диаметром до 5 см, а таких пациентов было лишь 17 (14,7%), применена миниинвазивная пункционно-аспирационная методика под контролем УЗ или в условиях рентгенохирургической операционной. В качестве гермицида применяли 80-100%-ный глицерин или 20-30%-ный натрия хлорид. От формалина отказались в связи с его высокой токсичностью. Госпитальная летальность – 0%. Осложнения в виде нагноения остаточной полости, длительного желчеистечения, холангита имели место у 11 больных (9,5%) и отмечены преимущественно при применении открытых паллиативных вмешательств. Современный диагностический алгоритм включал, помимо общепринятых мероприятий (УЗ, СКТ, сосудистый режим, МРТ) использование методик дооперационной компьютерной визуализации и виртуального моделирования для уточнения внутрипеченочных взаимоотношений паразитарного поражения с сосудисто-секреторными структурами печени. Методики исследования титра антител обеспечили контроль эффективности миниинвазивных хирургических пособий и послеоперационной антипаразитарной терапии. Доля положительных результатов ИФА до оперативного лечения составила 77,6 %, через месяц после—93,1%. Выводы: 1. Выбор метода хирургического вмешательства индивидуален и зависит от размеров, локализации, количества кист и наличия сопутствующей патологии. При одиночных поражениях размером до 5 см и локализации, позволяющей избежать ранения сосудисто-секреторных структур, предпочтительна миниинвазивная методика. 2. Иммунологические методы обследования позволяют провести дифференциальную диагностику до оперативного

вмешательства и избежать ошибочного диагноза, а также прогнозировать риск рецидива и оценить эффективность противорецидивной терапии.

322. Применение программы ускоренного восстановления (FTS) в условиях стационара краткосрочного пребывания

Ишутин С.В. (1), Островский Д.А. (1), Субботин А.Ю. (2), Пушкарев Е.В. (1), Пугач А.В. (1)

Благовещенск

1) ООО "Центр эндоскопической хирургии", 2) ГБУЗ АО "Городская поликлиника №1" г. Благовещенска

Актуальность проблемы: В результате поиска эффективных методов лечения хирургических больных с минимальным риском возникло новое понятие - fast track хирургия («быстрый путь в хирургии», «хирургия быстрого пути», ускорение различных этапов лечебного процесса), или ERAS (early rehabilitation after surgery - ранняя реабилитация после операции). Подбор методов анестезии, минимально инвазивных способов оперативного лечения, оптимального контроля боли и активного послеоперационного восстановления (в том числе раннее пероральное питание и мобилизация) в fast track хирургии уменьшает стрессовые реакции и дисфункцию органов, значительно сокращая время, необходимое для полного восстановления. Максимально принципам fast track хирургии соответствует применение лапароскопических технологий. Применение технологии fast track полностью совпадает с основными принципами лечения больных в частных лечебных учреждениях, скорейшему выздоровлению пациентов при минимальных затратах лечебного центра. Материалы и методы: ООО «Центр эндоскопической хирургии» (ЦЭХ) был создан в сентябре 2014г как частно-государственное партнерство. С 2015г «Центр эндоскопической хирургии» включен в реестр ТФОМС Амурской области, для оказания помощи больным хирургического, урологического, гинекологического, оториноларингологического профиля. При создании ЦЭХ учитывался пятилетний опыт работы отделения дневного пребывания

хирургического профиля ГАУЗ АО «Городская поликлиника №1». Исходя из того, что в ГП №1 имеется возможность выполнения только стационароразмещающих технологий, оперативные вмешательства с использованием эндоскопических методик, требующих круглосуточного наблюдения, в условиях поликлиники выполнить было не возможно в виду отсутствия условий для круглосуточного наблюдения. ЦЭХ обладает на сегодняшний день современной материально-технической базой- эндоскопические комплексы, наркозно-дыхательная аппаратура, аппаратура слежения, стерилизационное оборудование, современный инструментарий, позволяющий выполнять широкий спектр эндоскопических вмешательств. За три года помощь по системе ОМС оказана 3392 пациентам. Имеющаяся материально-техническая база и кадровый потенциал на сегодняшний день позволили выполнить оперативные вмешательства: флэбэктомии-138, грыжесечения при неосложненных абдоминальных грыжах-244, лапароскопические холецистэктомии - 149, прочие хирургические операции-189, трансуретральная резекция при доброкачественной гиперплазии простаты-8, контактная литотрипсия при мочекаменной болезни-45, прочие урологические операции-794, лапароскопическая резекция яичников, тубэктомия при кистах и тубовариальных образованиях-219, миомэктомия-14, прочие гинекологические операции-894, эндоскопическая гайморотомия и микрогайморотомия-230, подслизистая резекция перегородки носа-118, двухсторонняя вазотомия-248, прочие операции на лор-органах-102. Обсуждение: Пациенты, пролеченные по ОМС, в связи с особенностями расчетов по законченному случаю, должны лечиться в стационаре не менее 4 суток. Для сокращения не мотивированных материальных затрат (питание, перевязки, медикаменты, постельные принадлежности и т.д.) большинство пациентов (с варикозной болезнью, пупочными и вентральными грыжами после аллопластики, после гистерорезектоскопий, пункционных биопсий предстательной железы и др.) пролечены в условиях дневного стационара, что с учетом применяемых КСГ по данным нозологиям, позволило добиться хорошего экономического эффекта. Выводы. Условия финансирования в системе ОМС (разработанной для бюджетных учреждений здравоохранения), не учитывают использование современных технологий в лечении пациентов, что приводит к искусственному увеличению длительности пребывания больного в стационаре и уменьшает преимущества fast-track технологии. Применение стационароразмещающих

технологий позволяет значительно сократить сопутствующие материальные затраты.

323. Диагностика желудочно-кишечных кровотечений больных с острыми инфекционными заболеваниями

Земляной В.П., Нахумов М.М., Третьяков Д.В.

Санкт-Петербург

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

Актуальность: любые признаки желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) служат показанием к немедленной госпитализации в хирургическое отделение для уточнения диагноза и лечения, с учетом большой вероятности возникновения показаний к срочному оперативному вмешательству. Однако, не всегда проста диагностика заболевания, явившегося благоприятным фоном или непосредственной причиной кровотечения в связи с полиэтиологичностью ЖКК. В настоящее время исследования, посвященные диагностике ЖКК у больных с острыми инфекционными заболеваниями (ОИЗ), представлены единичными работами. Материалы и методы: проанализированы истории болезни 106 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении Санкт-Петербургской клинической инфекционной больницы №30 им С.П.Боткина в 2002-2011 гг. У 58 пациентов было подтверждено ОИЗ, у 48 пациентов с ЖКК и подозрением на инфекционное заболевание диагноз инфекционного заболевания был в дальнейшем снят. Полученные результаты: установлено, что наиболее часто ЖКК наблюдались на фоне острых кишечных инфекций (56,9%), острых респираторных вирусных заболеваний (27,6%), вирусных гепатитов (8,6%), герпетической инфекции (3,4%), лептоспироза (1,7%) и геморрагической лихорадки с почечным синдромом (1,7%). Чаще ЖКК выявляли у мужчин (62,1%), а также у больных в возрасте 25-59 лет (86,2%). Источники кровотечений в желудочно-кишечном тракте у больных ОИЗ значительно чаще находились выше связки Трейтца (72,4%) по сравнению со второй группой больных (43,8%), у

которых диагноз острого инфекционного заболевания был снят. Для определения источников ЖКК было проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) 25 (59,5%) пациентам из 42 больных с источником ЖКК выше связки Трейтца в первые 5 часов после госпитализации в хирургическое отделение инфекционного стационара. В 1 группе пациентов с ЖКК и ОИЗ (73,8%) достоверно чаще ($p < 0,05$) диагностировали язвенные и эрозивные поражения ЖКТ по сравнению со 2 группой (32,6%). Источники кровотечений у пациентов 1 группы с источником ЖКК выше связки Трейтца чаще обнаруживали в пищеводе и желудке (71,1%), чем в 12-перстной кишке (28,9%). Синдром Маллори-Вейсса чаще выявляли в 1 группе (12,1%), чем во 2 группе у 2(4,1%) пациентов. Ректороманоскопия (РРС) позволила 6 (50,0%) пациентам 1 группы из 12 больных (с источниками ЖКК ниже связки Трейтца) поставить предварительные диагнозы и определить источники кровотечений. Из 3 опухолей в нижнем отделе ЖКТ обнаружили 2 (66,7%) опухоли сигмовидной кишки. Для своевременной постановки диагноза и госпитализации в хирургическое отделение больных с ЖКК и ОИЗ необходимо правильно собирать анамнез и жалобы больных еще на догоспитальном этапе. При опросе пациенты 1 группы чаще жаловались на повышение температуры (63,8%), на жидкий стул чаще 4 раз в сутки (20,7%), жидкий стул чаще 10 раз в сутки (15,5%), слизь в стуле (10,3%), тошноту и рвоту (36,2%), озноб (20,7%), по сравнению со 2 группой больных, у которых диагноз острого инфекционного заболевания не подтвердился. При осмотре больных 1 группы чаще выявляли бледность кожных покровов (15,5%), дегтеобразный стул «мелену» (34,5%), тахикардию 9(29,3%), гипотонию (8,6%), усиленную перистальтику кишечника (13,8%). Обсуждение: изучение особенностей проявления ЖКК у инфекционных больных позволяет разработать оптимальные диагностические алгоритмы, предполагающие широкое использование инструментальных методов исследования. Выводы: 1. Инфекционными заболеваниями, на фоне которых чаще всего развиваются ЖКК, являются острые кишечные инфекции. 2. Наиболее частыми источниками кровотечений у больных ОИЗ являются острые язвенные и эрозивные поражения желудка и 12-перстной кишки, а также синдром Маллори-Вейсса. 3. ФГДС – высокоинформативное исследование, обязательное у всех инфекционных больных с подозрением на ЖКК. 4. РРС должна проводиться больным ОКИ с подозрением на кишечное кровотечение, так как помимо источника

кровотечения позволяет выявить и характер воспаления кишечной стенки.

324. Спонтанная гематома тонкой кишки при антикоагулянтной терапии

*Малафеев И.А., Савенков П.А., Мустафин Р.Д.,
Гаджиев К.Н*

Астрахань

Александро-Мариинская областная клиническая
больница

В литературе проблема, посвященная интрамуральным гематомам тонкой кишки с внутрибрюшным и внутрикишечным кровотечением на фоне приема антикоагулянтов, описана скудно и единой тактики введения таких больных нет. При этом, в связи с развитием сердечно-сосудистой хирургии, вероятно, таких больных мы будем встречать все чаще. Приводим наше наблюдение. Больной С., 67 лет госпитализирован в хирургическое отделение с внезапно возникшими сильными болями в животе. При объективном исследовании живот напряжен, болезнен во всех отделах, положительные симптомами раздражения брюшины. Из анамнеза выяснено, что больной страдает ревматической болезнью сердца, мерцательной аритмией, комбинированным митрально-аортальным пороком сердца, в 2016 г. перенес протезирование митрального и аортального клапана, принимает варфарин, однако, без должного контроля МНО. Все лабораторные исследования были в пределах нормы, за исключением МНО (6) и показателей красной крови (гемоглобин - 72г/л, эритроциты - $2,3 \times 10^{12}/л$). КТ брюшной полости выявила наличие большого количества свободной жидкости по правому боковому каналу и расширение петель тонкой кишки. С подозрением на перфорацию полого органа больной был оперирован. После выполнения лапаротомии в брюшной полости обнаружено до 400 мл жидкой крови без сгустков. Тощая кишка несколько расширена. В средней части тонкой кишки (около 1,5 метров от илеоцекального угла) имеется участок длиной 25см, имbibированный кровью, с распространением гематомы на корень брыжейки, при ревизии

выяснено, что гематома полностью обтурирует просвет кишки, ниже гематомы кишка спавшаяся. Учитывая наличие непроходимости и вероятность развития некроза кишки на данном участке, выполнена кишки в пределах неизменной стенки (около 30см) с анастомозом “бок в бок”. В послеоперационном периоде, который протекал без осложнений, проводилась коррекция показателей коагулограммы клексаном. Выписан на 14 сутки с рекомендациями кардиолога по коррекции дозы антикоагулянтов. Заключение: У больных, длительно принимающих антикоагулянты, возможно формирование спонтанных гематом органов брюшной полости. С целью уточнения диагноза целесообразно использовать компьютерную томографию с контрастированием. Пациенты, получающие варфарин, нуждаются в строгом контроле показателя МНО. Несмотря на мнение ряда авторов о предпочтительности консервативного ведения таких пациентов, в ряде случаев оптимальным решением является операция.

традиционным лапароскопическим доступом (1 группа); у 15 пациентов выполнена операция с использованием роботической системы DaVinci (2 группа). В 25 случаях выполнена фундопликация по Черноусову А.Ф, у 4 пациентов фундопликация по Toupet, у 1 больного фундопликация по Nissen. Результаты: Время операции в группе в которой операция выполнялась традиционным лапароскопическим доступом составляла 125 мин (80-200 мин), в группе с использованием роботической системы DaVinci 124 мин (90-210 мин) статистических различий не было ($p=0.93$). Кровопотеря в обеих группах минимальная. Послеоперационный койко-день – 4 дня (2-7 дня) и 4 дня (2-6дня) соответственно, статистических различий не было ($p=0.19$). Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было в обеих группах. Результат: Выполнение антирефлюксных операций с использованием роботической системы DaVinci является безопасным и эффективным методом в лечение рефлюкс-эзофагита. При оценке технических характеристик и ранних послеоперационных результатов, достоверных статистических различий не было.

325. Оценка эффективности роботических фундопликаций в лечении ГЭРБ

Васнев О.С., Кошкин М.А., Белоусов А.М.

Москва

Московский клинический научный центр

Введение: Альтернативным методов лечения ГЭРБ является выполнение антирефлюксной операции, «золотым стандартом» считается лапароскопическая фундопликация. На данном этапе развития антирефлюксной хирургии отмечается рост выполнения операций с использованием роботической системы DaVinci. Цель: Оценить первоначальный опыт выполнения роботических антирефлюксных операций по сравнению с лапароскопическими антирефлюксными операциями. Материалы и методы: За период с января 2017 г. по декабрь 2017 г. было прооперировано 30 пациентов, средний возраст 57,2 (от 35 до 76 лет), среди них 21 (70%) женщин и 9 (30%) мужчин. ИМТ – 29,4(24,1-41,0) Все больным была выполнена антирефлюксная операция. У 15 больных выполнена операция

326. В.И. Разумовский - первый ректор последнего Императорского Университета России

Толстокоров А.С., Курочкина Е.Н. Ларин И.В.

Саратов

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Есть люди, которые составляют гордость нации. Таким был выдающийся русский хирург Василий Иванович Разумовский. Он - создатель крупной хирургической школы в России, он - первый ректор Саратовского университета, он и крупный общественный деятель. Саратову Разумовский отдал почти 20 самых ярких, самых плодотворных лет своей жизни. В 1909 году В.И. Разумовский принял предложение от министерства народного просвещения взять на себя организацию нового русского университета в Саратове. В конце сентября 1909 года на первом курсе медицинского факультета начались регулярные занятия. Кафедры располагались в небольших, плохо приспособленных для занятий помещениях. После

торжественного открытия было начато строительство новых университетских корпусов в центре города и Клинического городка на окраине. До сегодняшнего дня эти здания являются украшением города. Очень эффективно В.И. Разумовский комплектовал университет профессорскими кадрами. Он смело предоставил кафедру общей патологии 30-летнему ученому А.А.Богомольцу(будущему президенту академии наук Украинской ССР), настойчиво добивался утверждения в звании профессора талантливого 39-летнего хирурга из Смоленска будущего академика С.И.Спасокукоцкого, 31-летнего представителя петербургской хирургической школы С.Р.Миротворцева, в последующем академика АМН СССР. Однако ректором Разумовский пробыл недолго. В 1912 году за отказ от проведения реакционной политики тогдашнего министра просвещения Кассо он был отстранен от этой должности. Во время Мировой Войны Василий Иванович работал главным хирургом Кавказского фронта. В 1918 году организовал университет в Тбилиси, в 1919 году в Баку. В 1920 году В.И.Разумовский вновь вернулся в Саратов, где до 1930 года заведовал кафедрой общей хирургии. В юбилейном сборнике, посвященном 50-летию врачебной и научной деятельности Разумовского И.И.Греков писал:"Весь коллектив хирургов нашей обширной страны знает Василия Ивановича и чтит в его лице одного из наиболее заслуженных своих представителей." Правительство СССР не обделило Василия Ивановича почетом и уважением. В1923 году он удостоивается звания Героя Труда, а в 1934 году ему присваивается звание заслуженного деятеля науки РСФСР. До сих пор по Волге плавают трехпалубный теплоход "Хирург Разумовский". А в канун 100 летнего юбилея Саратовского медицинского университета ему присвоено имя Василия Ивановича Разумовского.

327. Факторы риска инфицирования тяжелого некротического панкреатита

*Васильев А.А., Ширшов И.В., Ельский И.К.,
Смирнов Н.Л.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования. Изучить факторы риска инфицирования некротического панкреатита, ведущие к летальным исходам (ЛИ) и определить пути снижения летальности. Актуальность темы. У пациентов с тяжелым острым панкреатитом летальность составляет 12-26%, может достигать 50% и характеризуется 2 временными пиками. Если 1 пик летальности обусловлен тяжелой полиорганной недостаточностью и неуправляемым системным воспалительным ответом на эндотоксиновый шок, то основная причина 2 пика летальности – тяжелый сепсис как проявление инфицированного некротического панкреатита и парапанкреатита. Главной причиной ЛИ при тяжелом сепсисе являются неотграниченные формы гнойного воспаления. Материал и методы. Для анализа особенностей развития очага гнойного воспаления при тяжелом некротическим панкреатите (ТНП) был использован метод построения и анализа линейных нейросетевых моделей (ЛНМ) для каждой группы больных. Представлены 2 группы больных: с ограниченными гнойными осложнениями (ОГО) ТНП (126 пациентов) и с неотграниченными гнойными осложнениями (НГО) ТНП (105 пациентов). Результаты и обсуждение. В группе больных с ОГО использованы результаты лечения 126 пациентов: 114 случаев завершились выздоровлением, 12 случаев – ЛИ. При проведении анализа рассматривались 68 факторных признаков (ФП). Результирующий признак (РП) – исход заболевания. Для выявления факторов, связанных с риском ЛИ, проведен отбор наиболее значимых признаков с использованием генетического алгоритма (ГА) отбора. В результате отобраны 3 ФП: распространенность панкреонекроза (ПЗ), тяжелые сопутствующие заболевания (оценка ? 2 по показателю коморбидности Чарльсона (CCI), гипотония в первые 24-48 часов при госпитализации в ОИТ. На выделенном наборе признаков была построена ЛНМ прогнозирования риска ЛИ. Чувствительность (Ч) этой модели на обучающем множестве составила 100% (95% ДИ: 52,2 – 100),

специфичность (С) – 89% (95% ДИ: 81,3 – 100), на подтверждающем множестве Ч – 50,0% (95% ДИ: 0 – 100), С – 81% (95% ДИ: 60,5 – 95,1). Анализ полученных коэффициентов логистической модели регрессии (ЛМР) показал, что риск ЛИ при абсцессе ПЖ или сальниковой сумки возрастает при исходной гипотонии и наличии сопутствующей патологии (CCI ? 2), где одним из самых распространенных факторов явилось ожирение (ИМТ > 25). В группе больных с НГО использованы результаты лечения 105 больных с флегмоной забрюшинного пространства: 77 случаев завершились выздоровлением, 28 случаев – ЛИ. Обучающее, контрольное и подтверждающее множества получены генератором случайных чисел. РП – исход лечения. В качестве ФП рассмотрены 74. Дополнительные ФП: локализация и распространенность неотграниченных инфицированных жидкостных коллекторов. Наиболее значимые признаки отобраны с помощью ГА. К 6 значимым ФП относятся: распространенность ПЗ, одно/двустороннее поражение, геморрагический выпот в брюшной полости, тяжелые сопутствующие заболевания (CCI ? 2), паралич илеуса (ПИ), антибактериальная терапия в ОИТ. Ч данной ЛМ – 95,2%, С – 35,7%. Для выявления нелинейных связей была построена нелинейная нейросетевая модель типа многослойный перцептрон для выделенных 6 ФП. Ч такой модели – 95,2%, С – 90,7%. При сравнении показателей статистически значимого различия не выявлено ($p = 0,22$ при сравнении Ч, $p = 0,43$ при сравнении С), что свидетельствует об адекватности модели. Анализ коэффициентов ЛМР показал, что риск ЛИ у пациентов с распространенным (тотально-субтотальным – R3) ПЗ, осложненным флегмоной, выше, чем при ограниченном (R1). Риск ЛИ возрастает при геморрагическом перитоните (ПТ). Билатеральная флегмона повышает риск ЛИ, в сравнении с односторонним поражением. Заключение. Таким образом, значимыми факторами инфицирования некротического панкреатита являются: крупноочаговый и субтотальный некротический панкреатит, ожирение, геморрагический характер выпота при ферментативном ПТ, длительный ПИ. Крайне высокий риск инфицирования отмечается у больных с избыточной массой тела при крупноочаговом и субтотальном некрозе ПЖ.

328.К вопросу об антибактериальной профилактике инфицирования тяжелого некротического панкреатита

Васильев А.А., Ширшов И.В., Ельский И.К., Смирнов Н.Л.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования. Изучить целесообразность назначения антибактериальной профилактики (АБП) и использование ингибиторов протонной помпы (ИПП) в лечении тяжелого некротического панкреатита (ТНП). Актуальность. Профилактическое использование антибиотиков (АБ) для снижения частоты инфицирования некротизированных панкреальных и парапанкреальных очагов поджелудочной железы (ПЖ), системных инфекционных осложнений и смертности остается спорным. Рядом национальных рабочих групп по пересмотру классификации острого панкреатита (ОП), принятой в Атланте в 1992г. и обновлению рекомендаций по лечению больных с ОП, начиная с 2013г., применение АБ с целью профилактики инфицирования ТНП не рекомендуется. Материалы и методы. С 2014 года в нашей клинике из комплекса интенсивной терапии (ИТ) больных с ТНП были исключены ИПП (основным препаратом для проведения антисекреторной терапии стал фамотидин) и АБП в режиме антибактериальной терапии (АБТ). Отчасти это было обусловлено тяжелыми экономическими потрясениями. Главными направлениями в ИТ ТНП были: эффективное обезболивание, лечение паралича илеуса (ПИ), энергичная регидратационная терапия и раннее пероральное питание. Результаты и обсуждения. С 2014 по 2016гг. в клинике пролечены 589 больных с ОП. Из них в ОИТ с ТНП госпитализированы 92 пациента. У 36 больных ИТ оказалась эффективной в первые 18–48 часов. Без операции, при прогрессирующей полиорганной недостаточности (ПОН) умерли 9 пациентов. Летальные исходы последовали в период от 16 до 136 часов. Причина смерти – тотальный неинфицированный небиллярный некротический панкреатит и ПОН. Оперированы 79 больных. Показаниями к операции у больных с неинфицированным ОП (НИОП) были: вклиненный конкремент в ампулу большого сосочка двенадцатиперстной кишки (5 больных);

прогрессирующая обтурационная желтуха (6 больных); ферментативный перитонит (19 больных), неинфицированный забрюшинный жидкостный коллектор (4 больных); выполнены малотравматичные вмешательства, явившиеся окончательным видом хирургического лечения. С инфицированным некротическим панкреатитом (ИНП) оперированы 45 пациентов. Показаниями к операции послужили: абсцессы сальниковой сумки и ПЖ, парапанкреальные и параколические флегмоны, острая сосудистая недостаточность ободочной кишки на почве венозного брыжеечного тромбоза. У больных с ИНП применялось многоэтапное хирургическое лечение. На первом этапе, при диагностике очага инфицирования, выполняли дренирующие операции под контролем УЗИ или дренирование инфицированного коллектора путем люмботомии с последующей вакуум-аспирационной терапией. Подтверждение инфицирования являлось показанием к началу АБТ. Воспалительный процесс в инфекционном очаге после его дренирования с началом АБТ становился контролируемым, управляемым. Радикальные операции выполняли через 5-6 недель от момента госпитализации. После операций при ИНП умерли 10 больных. Причина смерти – тяжелый сепсис. Умершие имели оценку по показателю коморбидности Чарльсона > 3. Отношение оперированных больных с ИНП к больным с ИНП составило 1:1,32. За аналогичный период с 2011 по 2013гг. такое отношение составило 1:1,24. При исследовании бактериального пейзажа у больных, получавших курс лечения в прошлые годы, которым в комплексе ИТ проводилась антисекреторная терапия ИПП и АБП карбапенемами, в дальнейшем при операциях по поводу инфекционных осложнений определялись ассоциации микроорганизмов, в т.ч. среди которых верифицировали резистентную к 40 наиболее широко используемым АБ Clostridium difficile. Заключение. Хирургия ТНП остается хирургией осложнений, за исключением неотложных вмешательств по поводу билиарной причины ОП. Системная АБП инфицирования ТНП безуспешна и, возможно, способствует формированию ассоциаций полирезистентных бактериальных штаммов. Профилактика инфицирования НП должна быть направлена на эффективное обезболивание, борьбу с ПИ, обеспечение раннего перорального питания, исключения ИПП из комплекса интенсивной терапии тяжелого ОП.

329. Внутренние дуоденохоледохеальные свищи

Назирбоев К.Р., Курбонов К.М.

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, ГУ Медицинский комплекс
«Истиклол»

Цель исследования – улучшение диагностики и хирургического лечения дуоденохоледохеальных свищей при язвенной и желчнокаменной болезни. Материал и методы. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 54 больных с дуоденохоледохеальным свищом. Следует отметить, что дуоденохоледохеальный свищ вследствие желчнокаменной болезни имел место у 35 (64,8%) больных, а в 19 (35,2%) случаях причиной являлась язвенная болезнь. В клинических проявлениях дуоденохоледохеального свища различали 3 типа течения. Первый тип (n=17) характеризовался бессимптомным течением, при втором типе (n=16) была характерна клиническая картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и при третьем типе клиническая картина (n=21) характеризовалась доминированием признаков холангита и холедохолитиаза. Результаты и их обсуждение. При проведении УЗИ были выявлены признаки ЖКБ у 32 (59,2%) больных с наличием конкрементов в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках (n=9). В 24 (44,4%) наблюдениях выявили расширение общего желчного протока, а наличие аэробилии в 14 случаях. При ФГДС, выполненной во всех случаях, наличие постбульбарной язвы было выявлено у 11 (20,3%) больных. В 8 случаях при эндоскопии отмечали выход желчи из кратера язвы. Комплексное рентгенологическое исследование, проведенное 48 больным, позволило в 27 (50%) наблюдениях выявить попадание контрастного вещества в желчные протоки, а в 14 случаях и аэробилию. Оперативное вмешательство при ДХС направлено на излечение язвы, ЖКБ и прекращение заброса кишечного содержимого в желчевыводящие пути и ликвидацию холангита. Очевидно, что из-за нарушения топографоанатомических взаимоотношений подпеченочного пространства, деформации и воспалительно-инфильтративных изменений в стенках органов, а также выраженного перипроцесса, эти операции представляют серьезную угрозу для жизни больного. При попытке разобщить спайки, выделить и ликвидировать свищ

возможна травматизация желчевыводящих путей и других органов. Поэтому оперативные вмешательства должны быть направлены на исключительно радикальную коррекцию ДХС, восстановление нормального желчеоттока и пищеварения. При выполнении оперативных вмешательств эффективно использовали современные технологии: интраоперационное УЗИ, холангиографию, а также увеличительную оптическую технику. После выполнения различных по характеру и объёму оперативных вмешательств послеоперационные осложнения развились в 16 наблюдениях с 6 летальными исходами. Заключение. Таким образом, при лечении дуоденохоледохолеального свища возникают нестандартные хирургические ситуации, требующие в каждом конкретном случае строго дифференцированного подхода.

330. Различные способы холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Саидов Р.Х., Муродов У.К.

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, ГУ Медицинский комплекс
«Истиклол»

Цель исследования – улучшение непосредственных результатов хирургического лечения острого деструктивного холецистита (ОДХ). Материал и методы. Под наблюдением находилось 240 пациентов с ОДХ. По характерам выявляемых морфологических изменений в желчном пузыре - катаральная форма острого холецистита имело место у 40 (16,7%) пациентов, флегмонозная – у 120 (50%), гангренозная – у 60 (25%) и у 20 (8,3%) ОДХ осложнилось прототным перитонитом. Результаты и их обсуждение. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа было выполнено 120 больным. После купирования приступа острого холецистита и отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 24-48 часов больных оперировали в срочном порядке. В 16 наблюдениях при выполнении минилапаротомной холецистэктомии (МХЭ) затем по тем или иным

причинам пришлось продлить трансректальный разрез и закончить операцию традиционным способом. Лапароскопическая холецистэктомия было выполнено 51 (21,25%) пациентам в сроки до 24 часов (n=31), от 24 до 72 часов (n=14) и более 72 часов (n=6). При тяжелых сопутствующих соматических заболеваниях, больным пожилого и старческого возраста и высокой операционно-анестезиологическом риске III-IV с по ASA в 33 (13,75%) случаях выполняли двухэтапные вмешательства. На первом этапе производили холецистостомию под УЗ-контролем, а на втором – холецистэктомии. Традиционные открытые методы холецистэктомии были выполнены 36 (15%) больным при наличии у больных ОДХ перитонита, воспалительных изменений в тканях передней брюшной стенки. Результаты и их обсуждение. Комплексная лабораторная исследования показало, что по мере прогрессирования деструктивных процессов в желчном пузыре показатели эндотоксемии были повышены. Так при начальных стадиях заболевания уровень МСМ и СРБ в сыворотке крови составили $0,35 \pm 0,02$ усл.ед. и $5,1 \pm 1,0$ нг/мл. Тогда как при остром флегмонозном и гангренозном холецистите эти показатели составили $0,52 \pm 0,02$ усл.ед., $0,76 \pm 0,10$ усл.ед. и $140 \pm 12,4$ нг/мл, $180,7 \pm 18,3$ нг/мл соответственно. При осложненном ОДХ перитонитом показатели МСМ составило - $0,94 \pm 0,14$ усл.ед., СРБ - $215 \pm 9,6$ нг/мл. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа было выполнено 120 (50%) больным. После купирования приступа острого холецистита и отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 24-48 часов больных оперировали в срочном порядке. В качестве отбора больных для МХЭ отдавали предпочтение результатом инструментальных методов исследования, в частности УЗИ. В 16 наблюдениях при выполнении минилапаротомной холецистэктомии (МХЭ) затем по тем или иным причинам пришлось продлить трансректальный разрез и закончить операцию традиционным способом. Причиной конверсии доступа были выраженный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости (n=7), невозможность дифференциации элементов гепатодуоденальной связки (n=5) и плотный околопузырный инфильтрат (n=4). Лапароскопическая холецистэктомия было выполнено 51 (21,25%) пациентам в сроки до 24 часов (n=31), от 24 до 72 часов (n=14) и более 72 часов (n=6). В процессе выполнения ЛХЭ осложнения отмечали в 4 (7,8%) случаях. Летальных исходов не наблюдали. Традиционные открытые методы холецистэктомии были выполнены 36 (15%) больным при наличии у больных ОДХ перитонита, воспалительных изменений в тканях передней

брюшной стенки, необходимости ревизии органов брюшной полости требующего одновременно коррекции, выраженных рубцово-инфильтративных изменений в области шейки желчного пузыря печеночно-двенадцатиперстной связки, циррозе печени, острого панкреатита, а также возникших осложнений в ходе МХЭ или ЛХЭ. Послеоперационные осложнения наблюдали в 15 (41,6%) случаях. Летальные исходы были в 6 (16,6%) наблюдениях. Заключение. Таким образом, выработанные тактические принципы миниинвазивного лечения острого деструктивного холецистита осложненной на ранней клинико-лабораторно-сонографической диагностике позволяет индивидуализировать лечебные подходы при этом заболевании.

331. Хирургическая тактика при хроническом индуративном панкреатите на фоне дуоденальной язвы

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, ГУ Медицинский комплекс
«Истиклол»

Цель исследования - улучшение результатов комплексного лечения хронического индуративного панкреатита при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материал и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 45 пациентов с хронического индуративного панкреатита (ХИП), обусловленным пенетрацией дуоденальной язвы. Всесторонний анализ клинического материала показал, что во всех (n=45) наблюдениях у обследованных пациентов имели место низкосидящие дуоденальные язвы, которые в 39 (86,7%) случаях пенетрировали в головку поджелудочной железы и находились над большим дуоденальным сосочком, в 6 (13,3%) случаях имела место парапапиллярная (околососочковая) пенетрирующая дуоденальная язва. Из 45 пациентов с ХИП, обусловленным пенетрирующей дуоденальной язвой, в 16 (35,5%) случаях данная патология сочеталась с дуоденостенозом, в 12

(26,6%) осложнилась острым дуоденальным кровотечением. Результаты и их обсуждение. При ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой, как правило, оперативное вмешательство было направлено на коррекцию этиопатогенетических факторов возникновения ХИП. В 15 (33,3%) наблюдениях при ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой, а также наличием ХНДП (n=7) и различной степени выраженности дуоденостеноза (n=8), выполняли резекцию желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией. При пенетрирующей кровоточащей язве и ХИП в 12 наблюдениях выполняли разработанные в клинике методики оперативных вмешательств. Так, в 7 случаях при кровоточащих пенетрирующих «низких» язвах после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру производили циркулярное иссечение язвы с оставлением кратера пенетрирующей язвы на головке поджелудочной железы. После чего культю двенадцатиперстной кишки закрывали открытым атипичным способом по разработанной в клинике методике. После этого формировали терминолатеральный пилорозентероанастомоз. Операцию заканчивали выполнением СтВ. В 5 наблюдениях при ХИП на почве пенетрирующей дуоденальной язвы выполняли антрумэктомию с формированием поперечного гастродуоденоанастомоза и СтВ с выведением кратера пенетрирующей язвы за пределы двенадцатиперстной кишки. Преимущество разработанного способа является профилактика развития послеоперационного панкреатита и рецидивов кровотечения из кратера пенетрирующей язвы. Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру при ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой выполняли 8 пациентам. В послеоперационном периоде различные по характеру осложнения наблюдали у 8 (17,7%) больных. Летальные исходы отмечали в 3 (6,7%) случаях. Заключение. Таким образом, лечение больных с ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой, представляет значительные трудности, что требует строгого индивидуального подхода.

332. Миниинвазивные методы декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе*Назирбоев К.Р., Курбонов К.М.*

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, ГУ Медицинский комплекс
«Истиклол»

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных механической желтухой за счёт эффективного применения миниинвазивных декомпрессивных вмешательств. Материал и методы. В основу настоящей работы положены результаты комплексной диагностики и миниинвазивного декомпрессивного лечения 350 больных с МЖ доброкачественного генеза. Для исходной оценки тяжести МЖ использовали классификацию Э.И. Гальперина и соавт. (2014), основанную на учете общего билирубина, осложнений механической желтухи (холангит, печеночная недостаточность, панкреатит). Так, в 95 (27,1%) наблюдениях имела место МЖ (класс А) легкой степени, где сумма баллов составила ? 4 баллов, средняя (класс В) – 5-13 баллов имела место у 120 (34,3%) больных и тяжелая (класс С) – ? 13 баллов в 135 (38,6%) наблюдениях. Доброкачественная МЖ в 248 (70,8%) наблюдениях сопровождалась различными осложнениями. Причиной доброкачественной МЖ являлись различные патологические состояния. В 230 (68,6%) наблюдениях холедохолитиаз, в 75 (21,4%) случаях – рубцовые сужения большого сосочка двенадцатиперстной кишки (РС БСДПК) (n=50), сформированные билиодигестивные анастомозы (n=25) и хронический панкреатит – 45 (12,8%). Результаты и их обсуждение. Для ликвидации МЖ больным проводили различные по характеру и объёму миниинвазивные декомпрессивные вмешательства. Чрескожные декомпрессивные эхоконтролируемые вмешательства всего выполнены 154 (44%) больным с МЖ. При этом в 134 (38,2%) случаях выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомия (ЧЧХС) под УЗ-контролем, а в 20 чрескожную холецистостомию под УЗ-контролем при МЖ, обусловленной панкреатитом. ЧЧХС в 28 случаях сочетали со стентированием, а в 22 наблюдениях с литоэкстракцией. Ещё в 16 наблюдениях после выполнении ЧЧХС под УЗ-контролем производили еще и ЭПСТ. Эхоконтролируемые декомпрессивные вмешательства для коррекции МЖ в 73 (20,8%)

наблюдениях выполняли двухмоментно по методике Сельдингера. А в 81 (23,1%) случае выполняли одномоментную чрескожную чреспеченочную пункцию внутривеночных желчных протоков с использованием иглы Chiba 22 (0,73мм). В послеоперационном периоде в 14 (4%) наблюдениях отмечали послеоперационные осложнения с 5 (1,4%) летальными исходами. В 7 наблюдениях отмечали гемобилию (n=3) и кровотечения (n=4), дислокация дренажа отмечали в 2 (0,5%) случаях и в 5 (1,4%) наблюдениях раневую инфекцию (n=3) и парадренажное желчеистечение (n=2). Причинами летальных исходов в 3 наблюдениях являлись прогрессирование печеночно-почечной недостаточности, в 2 – острый инфаркт миокарда. После выполнения 154 эхоконтролируемых декомпрессивных вмешательств радикальные оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчевыводящих протоках выполнены у 103 (29,4%) больных. У 51 (14,5%) больного эхоконтролируемые вмешательства оказались окончательными вмешательствами. Постдекомпрессивные оперативные вмешательства производили в отсроченном и плановом порядке. Наряду с декомпрессивными эхоконтролируемыми вмешательствами, направленных на коррекцию, в 196 (56%) наблюдениях выполняли эндоскопические чреспиллярные вмешательства (ЭЧВ), ещё в 16 наблюдениях ЭЧВ сочетали с ЧЧХС, выполненные под УЗ-контролем. Для разрешения МЖ у больных с доброкачественной дистальной обструкцией в 92 (26,2%) наблюдениях выполняли ЭПСТ, в 72 (20,5%) ЭПСТ с литоэкстракцией и в 32 (9,1%) наблюдениях после выполнения ЭПСТ производили стентирование желчного дерева. Во всех случаях, практически, операцию завершали назобилиарным дренированием (n=92) и стентированием (n=32) желчных протоков. При выполнении ЭЧВ в 12 наблюдениях отмечали кровотечение из зоны папиллосфинктеротомии, которое остановлено эндоскопической коагуляцией. В постманипуляционном периоде осложнения отмечали в 21 (6%) наблюдении. При этом постдекомпрессивные панкреатиты отмечали в – 14 наблюдениях, кровотечения – в 4 (1,1%), разрыв слизистой кардиального отдела желудка – в 3 (0,8%). Летальные исходы, возникшие на фоне ЭЧВ, были констатированы в 9 (2,5%) наблюдениях. Причиной летальных исходов в 3 наблюдениях являлся острый инфаркт миокарда, в 2 – острая коронарная недостаточность и в 4 – прогрессирование печеночно-почечной недостаточности, несмотря на успешное выполнение ЭЧВ. Заключение. Таким образом,

наиболее эффективным направлением для улучшения результатов лечения больных МЖ в ближайшей перспективе является обоснованное и эффективное применение миниинвазивных декомпрессивных вмешательств с учетом степени тяжести МЖ, общего состояния больных и сопутствующих заболеваний.

333. Первый опыт применения PCST у пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами

Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г.

Санкт-Петербург

НУЗ Дорожная Клиническая больница ОАО «РЖД»

Актуальность: в настоящее время среди техник, применяемых у пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами с уровнем W2-4 по классификации Chevrel-Rath, наиболее доступными по сложности исполнения является реконструкция передней брюшной стенки sublay retromuscular, передняя и задняя диссекция компонентов — Ramirez (ASCT), PSCT по Carbonell, Novitsky (TAR). Более сложными вариантами представляются их эндоскопические модификации TAPP, eTEP, а также комбинированные методы. Каждый метод, на наш взгляд имеет строгие показания. Некоторые W2 с дефектом 5-7 см действительно возможно устранить применяя sublay, однако более 7 см чревато развитием осложнений, вследствие натяжения тканей, развития осложнений, ранних и поздних рецидивов и т.д. Необходимо отметить, что такая группа больных (W2 с дефектом более 7 см) весьма распространена (до 10 % среди наших пациентов). Нет сомнения, что для W3-4 наиболее приемлемой техникой является PSCT. Принято решение внедрить методику PSCT в общую практику отделения. Материал и методы: среди 380 пациентов, оперированных по поводу инцизионных, эпигастральных и больших пупочных грыж, выявлено 25% больных с W2 и выше, из них 8% требующих проведение задней сепарации. У 12 пациентов проведено рутинное дооперационное обследование, включающее СКТ брюшной полости, оценку состояния передней брюшной полости,

степень «потери домена» внутренних органов и вероятности развития САГ, ФВД, предоперационная подготовка (бандажирование) с целью минимизации САГ. Методика операции заключалась в выполнении стандартной описанной техники задней диссекции компонентов TAR: рассечение белой линии живота без избыточной диссекции апоневроза, вход в ретромускулярное пространство через рассеченный листок влагалища прямых мышц с внутренней стороны (2 см от белой линии) — этот прием обеспечивает минимальное свободное пространство подкожно, свободное сведение верхнего листка. Затем выполнялось стандартная диссекция ретромускулярно от мечевидного отростка до точек m4-m5, выделение и рассечение заднего листка влагалища (1-1,5 см медиальнее латерального края), пересечение поперечных мышц с дальнейшей мобилизацией латерально до появления достаточной подвижности внутреннего листка. После ушивания последнего устанавливался синтетический протез (полипропилен) больших размеров и фиксировался (клей, узловый шов или фиксатор). Шов верхнего листка апоневроза. Дренирование ретромускулярного пространства не производилось, дренаж устанавливался только подкожно в ложе грыжевого мешка (по показаниям) на 1 сутки. Полученные результаты: Течение послеоперационного периода не отличалось от пациентов после техники sublay по общему нахождению в стационаре (3,8 к/д против 3,7 к/д), развитию осложнений — это связано с тщательным отбором больных к операции. Местно наблюдалось развитие серомы 1 типа в зоне ложа грыжевого мешка, не требующей хирургической коррекции — предпочтение отдается пункционному методу ведения, зона установленного импланта контролируется УЗИ в динамике (оценивается локализация, перивоспаление, наличие жидкости). Ранних рецидивов не было. Больные прослежены в течении 1 года, данные фиксированы в герниологическом реестре Hernia-lab. Не зафиксировано инфекционных осложнений. Также не отмечено развитие поздних рецидивов. Рекомендованная оценка качества жизни (EuraHS QoL) проведена, но статистически недостоверна на данный момент (малое количество выборки). Обсуждение: на наш взгляд при внедрении данной методики необходимо определиться с показаниями, так как техника требует обучения и определенного опыта хирурга, обязательно оснащение операционной современным электрохирургическим инструментарием и шовными материалами. Достаточно условно разделение уровня расхождения апоневроза, так

как при W2 в диапазоне 5-10 см требует проведение разных техник, а также степень натяжения тканей условна и субъективна — учет должен быть свободнележащих тканей или по силе необходимого сведения? Выводы и рекомендации: на данный момент одной из целей, поставленных при внедрении данной методики, был поиск оптимальных техник для представленной категории пациентов. По ранним и весьма немногочисленным наблюдениям методика PSCT TAR соответствует ожидаемым результатам, рассматривается как один из этапов внедрения более сложных вариантов — eTER TAR, eMILOS. Данные операции современные, очень функциональны для больных, ожидаются экономические эффекты, способствуют повышению квалификации хирургов.

334. Колоноскопия в диагностике полиповидных образований толстой кишки.

Алиев Ф.Ш.(1), Васильев И.В.(2), Осипов А.С.(2), Алексеев К.И.(2), Маады А.С.(2), Карпов О.Э.(2)

Баку, Азербайджан 2) Москва

1) Клиника им. Н. Туси, 2) ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

Актуальность: по данным литературы, полипы толстой кишки при эндоскопическом исследовании обнаруживаются в 20-30% случаев и имеют высокий потенциал малигнизации. Подавляющее большинство колоректального рака (КРР) возникает при трансформации эпителиальных новообразований, чаще всего аденоматозных полипов. КРР является 3-м по распространенности злокачественным заболеванием, на долю которого приходится более 8% смертности в мире, примерно 1,4 миллиона новых случаев в год. В России регистрируют ежегодно около 60 000 случаев КРР, причем больше 70% диагностируется на III-IV стадии, летальность составляет около 40%. Вероятность возникновения КРР в течение жизни составляет примерно 5%, причем 90% случаев приходится на возрастную группу старше 50 лет. Цель исследования: изучение частоты возникновения полипов толстой кишки в зависимости от топографии её отделов, возраста и

пола и определение тактики эндоскопического лечения. Материалы и методы исследования: с 2012 по 2016 гг. в клинике им. Н. Туси (Баку) и НМХЦ им. Н.И. Пирогова (Москва) 11428 пациентам (5679 мужчин и 5749 женщин) выполнена колоноскопия. Возраст пациентов варьировал от 18 до 91 года. Колоноскопия выполнялась при помощи эндоскопов «Pentax» или видеосистемы «Olympus Evis Exera II» после адекватного лаважа толстой кишки препаратами на основе макрогола (полиэтиленгликоля). Для удаления полипов использовали электрохирургический блок «ERBE». Полученные результаты: полипы обнаружены у 2399 (21%) пациентов. Достоверно чаще встречались полипы в группе больных в возрасте 35-54 лет (839 пациентов - 35 %) и 55-74 лет (1055 пациентов - 44 %) по сравнению с группами в возрасте 18-34 и старше 75 лет ($p < 0,001$). У 75% пациентов выявляли одиночные полипы. Пациенты с 2-5 полипами в 92% были в возрастной группе от 34 до 74 лет, а пациенты с наличием более 5 полипов в 75% были в группе от 55 до 74 лет. По локализации полипы встречались в сигмовидной ободочной кишке у 51,9%, в прямой кишке у 16,9%, в поперечно-ободочной 14,2%, в восходящей ободочной кишке у 11,6% и слепой кишке у 5,3% больных. Произведено удаление 2734 полипов. Размеры полипов были следующие: до 1,0 см – 459 (16,7%), от 1,0 до 2,0 см – 1930 (70,6%) и более 2,0 см – 345 (12,7%). Большинство полипов разм. от 0,6 см до 2,0 см удалено традиционным методом при помощи петлевой одномоментной электроэксцизии – 2044. Мелкие полипы разм. до 0,6-0,9 см удалены при помощи холодной петлевой полипэктомии – 345. Полипы размерами свыше 2,0 см удалены при помощи эндоскопической резекции слизистой оболочки – 247. Крупные стелющиеся полипы, а также эпителиальные образования с фокусами аденокарциномы (ранний рак) удалялись методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое – 98 с обязательным контролем через 3 мес. Гистологически аденома с различной степенью дисплазии верифицирована в 42% наблюдениях, гиперпластический полип в 61%, зубчатая аденома в 11%, фокусы аденокарциномы в 8%. В качестве профилактики кровотечения применяли один или комбинацию следующих методов: предварительную инфильтрацию подслизистого слоя р-ром с адреналином, предварительное лигирование ножки полипа (при ее наличии), обработка термического дефекта при помощи аргон-плазменной коагуляции, или его клипирование. Осложнения были следующие: кровотечение из ложа удаленного полипа в 103 случаях (3,8%), которое успешно остановлено

эндоскопическим методом и перфорация толстой кишки в 10 случаях (0,4%), потребовавшая хирургического вмешательства. Таким образом, чаще всего полипы обнаруживаются в сигмовидном отделе толстой кишки и прямой кишке у пациентов старше 50 лет. Все эпителиальные новообразования толстой кишки, независимо от их размеров должны быть эндоскопически удалены с применением надежных методов профилактики кровотечения и морфологически верифицированы. Раннее обнаружение полипов при колоноскопии и их удаление является самой действенной мерой снижения, как заболеваемости, так и летальности от рака толстой кишки.

335. Почкование опухоли как предиктор выживаемости при колоректальном раке II стадии

*Ковтун Д.П. (1, 2), Полушин О.Г. (2),
Хрыков Г.Н. (2, 3)*

Санкт-Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2) Городской клинический онкологический диспансер, 3) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований рак толстой кишки (колоректальный рак) занимает второе место. По последним данным, в Санкт-Петербурге заболеваемость колоректальным раком в начале XXI века (2000–2016) увеличилась не менее чем в 1,5 раза, и в структуре онкологической заболеваемости удельный вес злокачественных опухолей слепой, ободочной и прямой кишок в 2016 г. равнялся 13,78%. Причем среди мужчин этот показатель (13,73%) «уступал» только раку предстательной железы (14,44%) и легких (14,13%), а среди женщин – только раку молочной железы (19,65%). Основными факторами, влияющими на послеоперационную выживаемость пациентов с диагнозом «колоректальный рак», считаются глубина инвазии опухоли, наличие/отсутствие лимфогенных и гематогенных метастазов, а также состояние краев резекции. Однако, этих признаки демонстрируют недостаточно высокую

прогностическую ценность, в связи с чем и сегодня продолжают поиски независимых предикторов исхода этих карцином. К одному из таких предикторов относят почкование опухоли (tumor budding) – появление на границе инвазии ее высокозлокачественных (недифференцированных) элементов, состоящих менее чем из пяти клеток. Ранее использование этого предиктора сдерживалось отсутствием единого подхода к его оценке, но в 2016 г. на международной конференции специалисты-онкологи пришли к соглашению по этому вопросу, и опухолевое почкование было внесено в классификацию TNM 8-го пересмотра (2017) в качестве дополнительного прогностического фактора при злокачественных опухолях толстой кишки. Так как пациенты с колоректальным раком II стадии представляют собой крайне гетерогенную группу, верификация опухолевого почкования здесь может быть полезна для выделения подгрупп высокого риска рецидивов новообразования и смерти в течении 5-летнего периода. Материал и методы. На базе патолого-анатомического отделения Городского клинического онкологического диспансера Санкт-Петербурга проведен ретроспективный анализ 303 случаев колоректальных аденокарцином за 2011 г. у пациентов 30–91 года (средний возраст – 64,5 года, медиана – 61 год; 126 мужчин и 177 женщин). Пересмотрено 1823 гистологических препарата. На основании исследования парафиновых срезов операционного материала, окрашенных гематоксилином и эозином, в соответствии с консенсусом ITBCC (2016), выделены наблюдения с почкованием опухоли. Полученные результаты. Поражение правой половины толстой кишки зарегистрировано в 97, левой половины – в 206 наблюдениях. Колоректальный рак II стадии (T3–4N0M0) диагностирован в 236 случаях. По степени зрелости, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, эти случаи были разделены на low grade (50% и более железистых структур) и high grade (менее 50% железистых структур) – 165 и 71 наблюдение, соответственно. Опухолевое почкование диагностировано в 55 наблюдениях (23,3%), чаще (40 случаев) при аденокарциномах low grade. Общая пятилетняя выживаемость при II стадии заболевания на нашем материале равнялась 58,9%. Пятилетняя выживаемость пациентов с почкованием опухоли составила 36,4%, без почкования – 63,6%. Обсуждение. Соотношение мужчин и женщин, средний возраст пациентов и частота поражения правого и левого отделов толстой кишки на нашем материале соответствовали таковым в генеральной совокупности, что свидетельствует о

репрезентативности анализируемой выборки. Учитывая вариабельные по глубине инвазии характеристики II стадии рака толстой кишки, следует признать опухолевое почкование значимым прогностическим фактором 5-летней выживаемости и частоты локальных и системных рецидивов заболевания. Вывод. Оценка опухолевого почкования должна стать обязательным элементом протокола исследования операционного материала, полученного от пациентов с колоректальным раком II стадии.

336. Выбор оптимального способа герниопластики и прогнозирование послеоперационных осложнений у пациентов с послеоперационными грыжами больших размеров

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Паршаков А.А.

Пермь

ФГБОУ ВО Пермский государственный
медицинский университет имени академика Е.А.
Вагнера Минздрава России

Актуальной проблемой современной герниологии является хирургическое лечение пациентов с послеоперационными грыжами больших размеров (W3) и потерей объема брюшной полости за счет постоянного нахождения органов в грыжевом мешке (loss of domain). Герниопластика у этой категории больных сопровождается повышением внутрибрюшного давления (ВБД) с развитием в синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ), а частота рецидивов грыж достигает 50% случаев. Сепарационные герниопластики (Ramirez, PUPS, TAR и др.) позволяют выполнить закрытие грыжевого дефекта без последующего повышения ВБД. Однако, в настоящее время, отсутствуют четкие показания для их выполнения. Важной задачей является разработка интегральных шкал для прогнозирования послеоперационных осложнений и выбора объема оптимального оперативного вмешательства. Цель исследования - оценить эффективность использования предоперационной компьютерной томографии (КТ) с 3D-рендерингом для объективного выбора способа герниопластики и прогнозирования послеоперационных осложнений у пациентов с вентральными грыжами. Материалы

и методы. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 27 пациентов с послеоперационными грыжами W3. Из них 15(55,6%) мужчин, 12(44,4%) женщин. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялась мультиспиральная КТ органов брюшной полости с контрастированием при помощи 64-срезового компьютерного томографа Optima CT660 GE (GE Healthcare, Великобритания). На основании полученных DICOM-изображений выполнялось построение 3D-моделей передней брюшной стенки и грыжевого дефекта. У всех пациентов проводилось измерение ключевых КТ-размеров реперных точек живота. Дополнительно оценивали толщину подкожно-жировой клетчатки в трех позициях. Статистическую обработку полученных данных проводилась при помощи среды для статистической обработки данных R. Для выявления связи между переменными использовали коэффициент корреляции Спирмена. Полученные результаты. Окончательный выбор способа герниопластики определялся на основании интраоперационного мониторинга ВБД по методу Iberti-Kron. В ситуации когда после выполнения сепарации компонентов передней брюшной стенки и контрольной апроксимации краев дефекта не было зафиксировано повышения ВБД более 18–20 мм.рт.ст., выполнялась герниопластика по технологии TAR (по Novitsky) с полным восстановлением белой линии живота и каркасности передней брюшной стенки - 19(70,4%) пациентов. У 8(29,6%) пациентов в связи с повышением ВБД были выставлены показания для выполнения задней герниопластики с элементами технологии bridge. Достоверная связь с уровнем ВБД выявлена для показателей ширина грыжевого дефекта/окружность брюшной стенки и объем грыжевого дефекта/объем брюшной полости, $r=0.467$ и 0.703 соответственно. Для остальных показателей связь была не достоверна. В результате был выбран критерий- объем грыжевого дефекта/объем брюшной полости ? 4%, как показание для выполнения сепарационной герниопластики с возможностью восстановления белой линии живота и каркасности передней брюшной стенки без риска развития СИАГ в послеоперационном периоде. Показатели подкожно-жировой клетчатки и степень птоза являлись показанием для выполнения симультанной паникулэктомии и абдоминопластики у 16(59,3%) пациентов. В послеоперационном периоде у 2(7,4%) пациентов с TAR и симультанной абдоминопластикой развились серомы в области рубца, у 1(3,7%) большой краевой некроз кожи, у 1(3,7%) большого -

ретромускулярная гематома. Отсутствовала связь между частотой осложнений и данными КТ. Выводы. Предоперационный анализ результатов КТ органов брюшной полости с 3D-рендерингом позволяет объективно выбрать способ предполагаемой герниопластики. Полученные результаты являются многообещающими, но для широкого внедрения в хирургическую практику необходимы дальнейшие исследования.

337. Опыт органосберегающей тактики гнойно-некротических поражений стоп при синдроме диабетической стопы

*Кисляков В.А., Захаров А.Н., Артемьев А.А.,
Леонovich А.М., Борисов А.И., Воробьев Г.С.,
Кравченко К.В., Агаев А.К.*

Москва

ГБУЗ ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ

В настоящее время применяется мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с хронической артериальной недостаточностью в сочетании с синдромом диабетической стопы (СДС). Внедрение новых высокотехнологичных методов привело к росту диагностики пациентов, страдающих облитерирующими заболеваниями конечностей на фоне сахарного диабета (СД). Цель: улучшение результатов лечения больных с сосудистым поражением нижних конечностей на фоне СДС. Материалы и методы. Проведено ретро- и проспективное исследование 252 пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на фоне СДС с 2015 по 2017г. По возрасту распределились так: 31 - 40 лет – 7 больных (2,8%), 41 – 50 лет – 21 больных (8,3%), 51 – 60 лет – 73 больных (29,0%), 61 – 70 лет – 74 больных (29,0%), 71 – 80 лет – 60 больных (24,0%), 81 – 90 лет – 14 больных (5,5%), 90 лет и старше – 3 больных (1,2%). Все пациенты страдали тяжелой формой СД, в том числе 1 типа - 16 пациентов (6,3%), 2 типа - 236 пациента (93,7%). Выявлено: Нарушение магистрального артериального кровотока 88 больных (34,9%). Окклюзия артерий бедренно-подколенного сегмента 57 больных (22,6%). Сочетанные поражения артерий бедренно-

подколенного сегмента и артерий голени и стопы 58 больных (23,0%). Критическая ишемия нижних конечностей 49 больных (19,4%). Характер поражений нижних конечностей: влажная гангрена стопы, голени 64 больных (25,4%), гангрена пальцев стопы - 103 больных (40,9%), остеомиелит костей стопы – 40 больного (15,9%), флегмоны стопы и голени – 28 больного (11,1%), прочие (трофические язвы, гранулирующие раны) – 17 больных (6,7%). Результаты бактериологического исследования: в 90,2% представлена анаэробно-аэробной ассоциацией, в единичных случаях клостридии (без клинических проявлений анаэробной клостридиальной инфекции), в 7,8% - аэробная флора, в 2%-роста не было. Проводилась антибактериальная терапия с учетом чувствительности микробного пейзажа. Кроме того, комплексная терапия включала дезагрегантную терапию, антикоагулянтную, улучшающую реологию терапию, симптоматическую терапию с учетом сопутствующих заболеваний. В местном лечении применяли электромиостимуляцию в течение 3-х дней по принятой в клинике методике. Коррекция гликемии с эндокринологом (пациенты переводились на дробную инсулинотерапию не зависимо от формы сахарного диабета). Применялись обработка ран с помощью гидрохирургической системы Версаджет (VersaJet), использовались вакуумные повязки (VAC® therapy), ультразвуковая кавитация ран. Местное лечение гнойно-некротического очага проводилось с использованием современных высокотехнологичных перевязочных материалов и антисептических растворов. Все пациенты консультированы ангиохирургом с решением вопроса о сосудистой реконструктивной операции и проведении ангиотропной терапии. Результаты: органосберегающие операции выполнены в 168(66,9%) случаев, ампутации на уровне голени – у 29(11,5%), экзартикуляции в коленном суставе (как этапная операция) – у 4(1,6%) и высокие ампутации на уровне бедра у 51(20%). При сравнении, в последний год удалось снизить количество высоких ампутаций с ростом органосберегающих операций на уровне стопы и голени. Выводы: Усилия хирургов должны быть направлены на своевременную диагностику ишемии при СДС, адекватное комплексное и мультидисциплинарное обследование и лечение. Снижение частоты высоких ампутаций нижних конечностей – это является основным фактором в продлении жизни и реабилитации пациентов, а также способствует улучшению качества жизни.

338. Значение хирургического лечения деформаций кистей у детей с наследственным буллезным эпидермолизом для их социальной адаптации

Шурова Л.В. (1.2.3), Альбанова В.И. (4), Алексеев А.А., Мончаковская Е.С. (4), Корсунский А.А. (2), Старостин О.И. (2)

Москва

1) НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, 2) ГБУЗ "ДГКБ № 9 им. Г.Н.Сперанского ДЗМ", 3) ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, 4) ФГБУ «Государственный науч

Буллезный эпидермолиз относится к редким наследственным дерматозам. Отличительной его особенностью является развитие тяжелого внекожного осложнения в виде деформаций кистей. Последние формируются из-за выраженной краевой контракции при заживлении дефектов кожи. Образуются они спонтанно в зоне кожных складок пальцев в результате повышенной ранимости эпителия при его смещении. Возникающие после этого нарушения функции кистей без хирургической коррекции восстановить невозможно. За рубежом подход к оперативному лечению деформаций кистей у больных с эпидермолизом такой же, как при рубцовых деформациях после травм и ожогов, с использованием аутодермопластики. Данная тактика лечения является травматичной, трудоемкой и требует длительного послеоперационного восстановления. По нашему мнению, механизм развития деформации кистей при буллезном эпидермолизе, обусловленный дефектом структурных белков кожи, требует принципиально другого подхода. Аргументом в пользу этого является то, что сгибательные контрактуры или синдактилии пальцев в области кистей возникают в результате опережения процессов контракции краев ран над темпами их эпителизации. Типичной рубцовой ткани не формируется, а образуются «псевдосращения» за счет адгезии соприкасающихся поверхностей. В далеко зашедших случаях кисти приобретают форму «варежки» или «кулачка». В соответствии с этим, для устранения подобных деформаций требуется, в основном, разделение кожных сращений межпальцевых пространств путем постепенного разведения пальцев с разрушением окружающих их

фиброзированных тканей до уровня неизменной дермы. Это позволяет восстановить движения в межфаланговых суставах и устранить деформации кисти. Пластическое закрытие ран при данной тактике лечения не требуется, так как в дерме имеются остатки дериватов кожи. Для стимуляции спонтанной эпителизации, раны закрываются комбинированной повязкой на основе сетчатых повязок. Примером такой повязки может стать наш опыт. Первым слоем повязки, не прорастающий грануляциями за счет ригидности тканевой структуры, служит покрытие с прополисом. Сверху она укрепляется мягкой сетчатой повязкой с перуанским бальзамом. Поверх накладывается мазь на гидрофильной основе. Кисть фиксируют гипсовой лонгетой. При данной технологии выполнять перевязки можно 1 раз в неделю. Спонтанная эпителизация ран происходит на 3-й или 4-й перевязках (в среднем на 21-28 сутки). Профилактика рецидива сгибательных контрактур пальцев в области операции предусматривает применение противорубцовых гелей. Так же проводится ЛФК: сначала в ванночке с теплым раствором антисептика «разминают» пальцы, а затем, после наложения мази, выполняют основной комплекс упражнений. Главное при этом - кожа должна быть увлажненной и эластичной. Профилактика рецидива синдактилий по методу, предложенному С.И.Воздвиженским, достигается компрессией межпальцевых промежутков резиновыми лентами и ношением специальных пальцевых разделителей. По данной технологии в последние три года в клинике было проведено 28 операций у 16 детей. Эффективность метода при условии постоянного проведения реабилитационных мероприятий достигнута в 75% и 20% наблюдений (соответственно «отличные» и «удовлетворительные» результаты). В 5% случаев отмечены неудовлетворительные результаты. При изучении данных катамнеза в течение от 2-х до 5 лет выяснено, что у больных с тяжелой формой наследственного буллезного эпидермолиза, при правильном уходе за кожными покровами, деформации кистей выражены меньше, чем у пациентов, которым хирургическое лечение не проводилось. Сохранение или восстановление функций кистей в детском возрасте позволяет значительно расширить спектр выбора профессий, особенно связанных с работой на персональных компьютерах, рисованием, музыкой. Это свидетельствует о том, что хирургическое лечение деформаций кистей у больных наследственным буллезным эпидермолизом, выполненное в детстве, способствует улучшению их социальной адаптации в жизни в целом.

339. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки в поликлинике

*Градусов Е.Г. (1), Буткевич А.Ц. (1), Жуков Ю.В. (1),
Белоусов А.Б. (1), Калькаева Л.М. (1),
Комаровский А.Н. (2), Масленникова Н.С. (2)*

Балашиха, 2) Москва

1) Поликлиника № 4, 2) Поликлиника № 2

В настоящее время лечение пациентов всех возрастных групп с неосложненными грыжами передней брюшной стенки в амбулаторных условиях является приоритетным направлением в герниологии. Актуальность проблемы обусловлена частотой встречаемости данной патологии у 3-7% населения и частыми рецидивами после проведенного хирургического лечения 5-35%. Цель. Оценить эффективность лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки в дневном стационаре поликлиники. Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативных вмешательств у пациентов с неосложненными грыжами передней брюшной стенки в дневном стационаре двух поликлиник. Выполнено 880 грыжесечений у 852 человек, из них 356 (41,8%) - дети от 1 года до 18 лет, у 28 (3,3%) пациентов были множественные грыжи передней брюшной стенки, при этом операции выполняли одномоментно. Мужчин было 677 (79,5%), женщин – 175 (20,5%). Распределение пролеченных пациентов по локализации грыж: паховая грыжа у 612 (71,8%), пупочная - 173 (20,3%), белой линии живота – 38 (4,5), послеоперационная – 29 (3,4%). Перед хирургическим вмешательством в амбулаторных условиях все больные тщательно обследуются для выявления сопутствующей патологии и возможных противопоказаний для лечения в поликлиники. Противопоказаниями к операции являлись гигантские грыжи, ущемленные грыжи, тяжелые сопутствующие заболевания, коррекция которых возможна только в стационаре, а также проживание пациента вне зоны обслуживания скорой медицинской помощи поликлиники, неудовлетворительные социально-бытовые условия. Для обезболивания используем различные виды анестезиологических пособий. У детей все операции выполняли под наркозом, у взрослых под

сочетанной или местной анестезией. Осложнений при проведении анестезии не отмечено. Во время выполнения операции особое внимание обращаем на соблюдение асептики, анатомическое рассечение тканей и атравматическое выделение грыжевого мешка. При выполнении пластики грыжевых ворот используем дифференцированный, индивидуальный подход, общепризнанные и хорошо освоенные нами методики. У детей до 7 лет при паховых грыжах для пластики используем способы Фелисе, Черни, Краснобаева, с 7 до 14 лет - Ли, Дюамеля, с 14 до 18 лет - Мартынова. У взрослых пациентов для пластики грыжевых ворот используем различные методик, при этом пластика местными тканями выполнена у 261 (52,6%) пациента, у 235 (47,4%) - безнатяжная протезирующая герниопластика сеткой из синтетических материалов. Интраоперационных осложнений не было. После операции пациенты в течении 4-6 часов наблюдаются в послеоперационной палате, с оценкой функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, при отсутствии осложнений автотранспортом поликлиники доставляются домой. Для обезболивания в послеоперационном периоде используем нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики и наркотические препараты не назначаем. Результаты. В послеоперационном периоде осложнения выявлены у 8 (0,9%) пациентов, гнойных осложнений не было. В структуре гнойных осложнений: воспалительный инфильтрат в области послеоперационной раны отмечен у 1 пациента, у 4 – подкожная гематома, у 2 – серома, у 1 – лимфорей, госпитализация в стационар не потребовалась, все пролечены в поликлинике с положительным эффектом. После операции пациенты ежегодно осматривались хирургом во время прохождения диспансеризации, рецидив грыжи выявлен в 15 случаях (1,7%), из них у 13 пациентов использовалась пластика грыжевых ворот местными тканями, у 2 – синтетическими сетками по безнатяжной методике. Экономическая составляющая лечения: операции, выполненные в амбулаторных условиях в 2,7 раза дешевле стационарных. Заключение. Низкий процент осложнений после проведения операций, хорошие отдаленные результаты, экономическая эффективность позволяет успешно проводить лечение пациентов с грыжами передней брюшной стенки в амбулаторных условиях.

340. Паллиативное хирургическое лечение тяжелой эмфиземы легких

Акопов А.Л., Горбунков С.Д., Варламов В.В.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Актуальность. Эмфизема легких (ЭЛ) – неуклонно прогрессирующее патологическое состояние, исходом которого является формирование дыхательной недостаточности. Существует несколько классификаций ЭЛ; используемая в хирургии включает в себя разделение эмфизематозного поражения на буллезное (формирование патологической воздушной полости диаметром более 1 см) и диффузное без булл. Буллы в зависимости от своего размера делятся на мелкие (до 5 см), крупные (от 5 см до 1/3 объема легкого) и гигантские (более 1/3 объема легкого). Такая классификация, однако, не охватывает все морфологические варианты эмфиземы. Единственным методом радикального лечения тяжелой эмфиземы является двусторонняя пересадка легких, а в качестве паллиативного рассматривается буллэктомия и хирургическая редукция объема легких. Цель работы - анализ алгоритмов отбора и хирургической тактики лечения различных групп больных эмфиземой легких. Материал и методы. С 1992 по 2017 годы проведено хирургическое лечение 199 больным с хронической дыхательной недостаточностью вследствие поражения эмфиземой большей части легочной ткани или сдавлением буллезными полостями еще сохранившей способность к газообмену паренхимы, 111 пациентам выполнена буллэктомия, 88 – хирургическая редукция объема легких. Пациенты распределены на группы в соответствии с распространенностью эмфизематозного поражения (мелкие буллы на фоне неизменной легочной ткани, крупные буллы на фоне неизменной легочной ткани, гигантские буллы на фоне неизменной легочной ткани, диффузная эмфизема без булл, крупные буллы на фоне диффузной эмфиземы, гигантские буллы на фоне диффузной эмфиземы, комбинированное эмфизематозное поражение), проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения и отдаленного послеоперационного периода в каждой группе. Результаты. Ранняя послеоперационная летальность составила 7,2%,

частота осложнений – 49,6%. Представлены стандарты отбора больных для оперативного лечения в зависимости от типа эмфизематозного поражения. Разработан алгоритм хирургического лечения больных с различными типами эмфизематозного поражения. Отдаленные результаты оценены у 150 больных (75,4%), 5-летняя выживаемость составила 72,7% после буллэктомии и 79,5% после редукции объема легких. Определены факторы, связанные с неблагоприятным исходом в отдаленном периоде – возраст больных старше 60 лет ($p=0,01$), значимая сопутствующая патология ($p=0,03$), продолжение курения ($p=0,01$), частые инфекционные обострения ($p=0,01$). Наиболее драматичные результаты летальности и отдаленной выживаемости имели место у больных с тяжелой эмфиземой в остающейся после операции части легочной паренхимы ($p<0,001$). Выводы. Редукция легочного объема и буллэктомия позволяют достичь уменьшения степени дыхательной недостаточности у отобранных больных тяжелой эмфиземой легких, однако продолжительность такой ремиссии не превышает 3-5 лет. Эти операции могут рассматриваться и как этап подготовки к трансплантации легких, и как альтернатива трансплантации. Основной фактор успеха паллиативного хирургического лечения – качество остающейся после резекции легочной паренхимы.

341. Инфракрасная флуоресцентная визуализация регионарных лимфатических узлов при раке легкого

Акопов А.Л., Папаян Г.В., Ильин А.А.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Актуальность. “Сторожевые” лимфатические узлы (СЛУ) – первые лимфатические узлы, к которым оттекает лимфа от злокачественной опухоли. Теоретически, если в СЛУ не выявлено метастатического поражения, то и в других регионарных лимфатических узлах его не должно быть, и нет необходимости в выполнении

лимфодиссекции. Такая технология помогает реализовать персонализацию хирургического лечения. В последние годы разрабатываются возможности эффективного и воспроизводимого метода интраоперационной визуализации СЛУ при различных злокачественных опухолях. Одним из наиболее перспективных методов является флуоресцентная визуализация СЛУ в ближнем инфракрасном свете. Цель исследования – оценить возможность, эффективность, безопасность интраоперационной флуоресцентной визуализации регионарных лимфатических узлов у больных немелкоклеточным раком легкого (НМКРЛ). Материал и методы. В проспективное исследование включены больные с гистологически доказанным НМКРЛ, которым произведены анатомические резекции легких. Сразу после вскрытия плевральной полости путем торакотомии или торакоскопии перитуморально в 3-4 точках вводился раствор флуоресцирующего красителя индоцианина зеленого (ИЦЗ) в количестве 2 мл и концентрации 0,1 мг/мл. Проводилась стандартная анатомическая резекция легкого с лимфодиссекцией. Интраоперационно в реальном времени, и сразу после удаления препарата проводилась оценка распространения ИЦЗ по лимфатическим сосудам в лимфатические узлы. Все лимфатические узлы, которые флуоресцировали во время или сразу после операции, расценивались как «сторожевые». Удаленные лимфатические узлы, как флуоресцирующие, так и нет, маркировались и подвергались плановому патоморфологическому исследованию. Для флуоресцентной визуализации распределения ИЦЗ в лимфатической системе применялся многофункциональный комплекс FLUM-808, обеспечивающий возможность визуализации инфракрасной флуоресценции и измерения ее интенсивности одновременно с наблюдением той же картины в белом свете при выполнении открытых и эндоскопических операций. Результаты. Проведен анализ флуоресцентной визуализации СЛУ у 50 больных. СЛУ выявлены у 46 больных из 50 (92%), число СЛУ, выявленных у каждого больного, составило от 0 до 4 (в среднем, 2,7). В качестве СЛУ идентифицированы 48 прикорневых лимфатических узла (N1 - 36%) и 87 медиастинальных лимфатических узла (N2 - 64%). Плановое морфологическое исследование СЛУ выявило наличие метастатического поражения в 22 узлах у 15 больных. Ни в одном наблюдении при отсутствии метастатического поражения СЛУ метастазы в других узлах не обнаружены, специфичность метода составила 100% при отсутствии ложноотрицательных результатов.

Побочных эффектов, связанных с введением ИЦЗ, не отмечено. Выводы. Интраоперационная флуоресцентная визуализация СЛУ при раке легкого эффективна и безопасна, может быть полезной для предупреждения напрасной лимфодиссекции у больных НМКРЛ. Применение флуоресцентной лимфографии позволяет изучать особенности лимфогенного метастазирования НМКРЛ.

342. Хирургическая профилактика тромбоэмболии лёгочной артерии с флотирующим тромбозом нижних конечностей

*Ляцук А.В.(1), Торба А.В. (1), Пронин И.В. (2),
Чайка О.О. (1), Киндрицкая Ю.Г. (2),
Нижельский В.Е. (2), Кателенец М.О. (2)*

Луганск

(1) ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» г. Луганск.(2) ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» г. Луганск, ЛНР.

Актуальность. Острые тромбозы в системе нижней полой вены (НПВ) являются одними из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. На их долю приходится более 95 % всех венозных тромбозов, именно они в подавляющем большинстве случаев представляют реальную опасность как источник массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Смертность в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. ТЭЛА является третьей, наиболее часто встречающейся причиной смерти после ишемической болезни сердца и инфаркта мозга. ТЭЛА и тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – это два проявления одной болезни, которые имеют одинаковые факторы риска и объединены в одно понятие венозный тромбоэмболизм. Ежегодно в мире регистрируется 2000000 пациентов с ТГВНК, на 10000 пациентов хирургического профиля приходится 39 случаев ТЭЛА. Риск развития ТЭЛА особенно высок у пациентов с флотирующим тромбом. Несмотря на определенные успехи в усовершенствовании диагностических технологий, вопросы обследования и определения тактики лечения больных с острым тромбозом системы НПВ остаются не до конца решенными. Цель работы –

проанализировать эффективность и безопасность хирургического лечения больных с флотирующими тромбозами в системе НПВ. Материалы и методы. В исследование включено 458 пациентов с флотирующими тромбами в системе НПВ в период с 2014 по 2017, которые находились на лечении в отделении трансплантации и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Все больные были обследованы согласно клиническим протоколам и разделены на 2 группы. В I группе было 198 (43,2%) больных, у которых флотирующий тромб сформировался в результате восходящего варикотромбофлебита малой и большой подкожной вены с переходом верхушки тромба на подколенную и общую бедренную вену соответственно. Во II группе было 260 (56,8%) больных, у которых патологический процесс исходно локализовался в глубоком венозном русле, тромботическое поражение бедренной вены стало следствием восходящего распространения тромбоза из берцовых и подколенной вен. Золотым стандартом в подтверждение флотирующего тромбоза в системе НПВ, является ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветным доплеровским картированием кровотока. Во всех наблюдениях после постановки диагноза в целях профилактики ТЭЛА применяли активную хирургическую тактику. В I группе в 45 (22,8%) случаях выполнена нижняя кроссэктомия, в 86 (43,4%) случаях выполнена верхняя кроссэктомия, в 67 (33,8%) случаях выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены (ОБВ) с перевязкой большой подкожной вены (БПВ). Во II группе в 85 (32,7%) случаях выполнена пликация поверхностной бедренной вены (ПБВ), тромбэктомия из ОБВ с пликацией ПБВ выполнена в 128 (49,2%) случаях, пликация наружной подвздошной вены (НарПВ) по Спенсеру в 38 (14,6%) случаях, в 9 (3,5%) случаях выполнена пликация НПВ по Спенсеру. Результаты и обсуждение. Все пациенты отмечали положительную динамику лечения после операции. Распространения тромбоза выше уровня перевязки не было. Летальных исходов и ТЭЛА не отмечено. В I группе у 18 (9,1%) больных и во II группе у 34 (13,1%) больных была послеоперационная лимфоррея, которая была купирована медикаментозно. У 48 (18,5%) больных во II группе был послеоперационный отёк оперированной нижней конечности, который был купирован приёмом МОФФ и ношением компрессионного трикотажа. У всех пациентов на момент выписки из стационара симптомы венозного стаза регрессировали. Выводы. 1. Больных с клинической картиной тромбоза магистральных вен необходимо тщательно

обследовать с использованием ультразвукового дуплексного сканирования. 2. При восходящем варикотромбофлебите большой подкожной вены с флотирующим тромбом в ОБВ, тромбэктомия из ОБВ с последующей кроссэктомией является доступным и надежным методом профилактики ТЭЛА и предотвращения тромботического поражения глубоких вен. 3. При флотирующем тромбозе бедренной вены пликация ПБВ тотчас дистальнее впадения глубокой вены бедра, дополненная при необходимости тромбэктомией из ОБВ, служит эффективным методом хирургической профилактики ТЭЛА.

343. Острая артериальная непроходимость и кровотечения, как осложнение аневризм подколенной артерии

*Фокин А.А., Сазанов А.В., Зайцев С.С.,
Варданян Г.Г., Трейгер Г.А.*

Челябинск

ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава РФ, ГБУЗ Областная
клиническая больница №3, г. Челябинск.

Актуальность: Аневризмы подколенной артерии (ПоА) составляют 80% от всех аневризм периферических артерий [1]. Среди пациентов сосудистого стационара встречаемость аневризм данной локализации варьирует от 0,02% до 1% [1,2]. Манифестирует, как правило, данное заболевание с началом развития осложнений, таких как тромбоз полости аневризмы, периферическая эмболия тромботическими массами, разрыв, сдавление окружающих тканей (выраженный болевой синдром, неврит, венозный тромбоз). При тромбозе аневризм развитие острой ишемии с последующей ампутацией выполняется в среднем 14% случаев, лучшие результаты достигаются при плановых вмешательствах на аневризмах ПоА: 70–94% проходимость шунта и 95–100% 5-летнее сохранение конечности [3]. Цель: Выбор оптимального метода диагностики для определения тактики ведения и метода хирургической коррекции аневризм подколенной артерии. Материалы и методы: В наше исследование вошло 10 пациентов, оперированных в экстренном порядке в ОСХ ГБУЗ ОКБ №3. Из 10

пациент в 9 случаях операция выполнена по поводу критической ишемии и в 1 случае по поводу разрыва аневризмы ПоА. Всем пациентам в качестве диагностики использовался УЗДГ, а так же МСКТ артерий нижних конечностей. Для оперативного лечения в настоящий момент рекомендуется использовать 2 варианта доступов: задний и медиальный. Медиальный является более популярным. Основным показанием для использования заднего доступа являются большие размеры аневризмы и необходимость полного ее удаления [4]. В 7 случаях был использован передне-медиальный доступ в в/3 голени. В 3 случаях — задний доступ. Результаты и их обсуждение: Необходимость оперативного лечения не вызывает сомнений [4]. Одна группа ученых придерживается того мнения, что необходимо оперировать все аневризмы ПоА не зависимо от размера [5]. Другие авторы считают, что оперативное лечение требуется всем пациентам с асимптомными аневризмами диаметром более 2 см. Это связано с наличием пристеночных тромботических масс в аневризматическом мешке и, следовательно, с риском эмболии периферического русла [6]. В послеоперационном периоде и за период наблюдения у пациентов осложнений не было (тромбоз шунта и ампутации конечности). Выводы: 1. У пациента с аневризмой ПоА (неосложненной) необходимо рассматривать вопрос о потенциальном хирургическом лечении 2. Всем пациентам в плане обследования рекомендуется выполнение МСКТ АГ. 3. Выбор хирургического доступа индивидуален для каждого пациента 4. Аневризма ПоА может быть причиной развития острой ишемии нижних конечности 5. При разрыве аневризмы ПоА развивается болевой синдром и напряженный отек в области разрыва.

344. Место малоинвазивных вмешательств в лечении пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны

Святненко А.В.(1), Мартынова Г.В.(1), Осипов А.В.(1), Демко А.Е.(1), Суков Д.А.(2)

Санкт-Петербург

1. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе.
2. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Проанализированы результаты выполнения малоинвазивных операций у 533 пациентов с различными неотложными патологиями гепатопанкреатобилиарной зоны, поступивших в ГБУ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» в период с 2013 по 2018 годы. Наибольшее число пациентов были с механической желтухой и холангитом различной этиологии. 405 (75,98%) пациентов подверглись антеградным билиарным дренирующим вмешательствам под ультразвуковой и рентгенонавигацией. Также значительное количество исследуемых больных были оперированы по поводу объемных образований брюшной полости и забрюшинного пространств. Выполнялись малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ и компьютерной томографии. Пациентов с абсцессами печени было 26 (4,88%), кистами печени 17(3,19%), абсцессами как подпеченочного 6(1,13%), так и поддиафрагмального пространств 19 (3,56%), выявленные у пациентов в послеоперационном периоде. Кисты поджелудочной железы 12 (2,25%), оментобурситы 4 (0,75%), парапанкреатические абсцессы как исход острого панкреатита. 29 (5,44%). Одной из нерешенных задач современной хирургии является хирургическая тактика при ятрогенной повреждении органов гепатопанкреатобилиарной зоны. На наш взгляд, применение современных малоинвазивных операций у этой категории пациентов позволяет улучшить результаты лечения. Наш опыт операций при ятрогенных составляет 24 вмешательства: на желчевыводящих путях 9 (1,8%), поджелудочной железы 8 (1,5%), двенадцатиперстной кишке - 7 (1,31%). Послеоперационные осложнения были отмечены в группе пациентов с чрескожными эндобилиарными вмешательствами, их количество составило 26 (4,88%). У 9 (1,69%) пациентов их можно было отнести к III b типу (по классификации Clavien-Dindo), 17 (3,19%) осложнений соответствовали I-II

типам. Летальных исходов было 4 (0,75%), все в группе больных с механической желтухой и холангитом опухолевого генеза. Таким образом, малоинвазивные вмешательства могут с успехом применяться в лечении больных с патологиями гепатопанкреатобилиарной зоны.

345. Саратовский период работы С.И. Спасокукоцкого

Толстокоров А.С., Курочкина Е.Н., Ларин И.В.

Саратов.

Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского

Предложение приехать в Саратов и занять кафедру госпитальной хирургии во вновь открывшемся университете застало ведущего хирурга Смоленска в пору его наивысшего взлета. Сергей Иванович приехал в город, где по сложившейся традиции прогрессивные врачи, объединенные Физико-медицинским обществом, высоко держали знамя науки. Оно появилось в Саратове, глухой провинции, еще в шестидесятых годах 19 века, когда и в столицах Российской Империи эти общества едва зарождались. 5 марта 1909 года на заседании общества С.И.Спасокукоцкий был введен в его члены, а на следующем заседании 8 апреля единогласно избран в действительные члены. 3 октября Спасокукоцкий выступил в обществе с сообщением, которое вызвало у коллег замешательство, речь шла ... об аппендиците, по мнению всех присутствующих не следовало особенно спешить с операцией. 29 марта 1910 года Сергей Иванович представил обстоятельный доклад об аппендиците, сопровождаемый демонстрацией удаленных отростков. Сообщение вызвало большой интерес, присутствующих удивило, что им за 11 лет работы в Смоленске было выполнено 194 аппендэктомии, а в Саратове за 1 год - 60. В последующем Сергей Иванович несколько раз выступал на заседаниях общества. 12 декабря 1911 года он выступил с докладом "Об отдаленных результатах резекции желудка". Автор убедительно доказал, что "радикальное, возможно раннее вмешательство, в виде резекции желудка, имеет за собой достаточные преимущества перед другими способами". В отчете работы хирургического

отделения за 1910 год С.И.Спасокукоцкий отметил, что начат ряд операций на головном и спинном мозге. 22 октября он выполнил первую трепанацию черепа больному, страдающему эпилепсией. В этом же году он продолжает исследования в области костной хирургии. Первая попытка пересадки кости (ребра) больному после удаления локтевой кости по поводу саркомы увенчалась успехом. За 17-летний период работы в Саратове Сергей Иванович не только довел до совершенства разработанные им операции при язвенной болезни, остром аппендиците и грыжах. Но и успешно начал осваивать новые направления, не только для него, но и вообще для хирургии. Главными его достижениями в этот период стали: применение тампонады жиром для остановки кровотечения при операциях на мозге, закрытый консервативный способ лечения гнойников мозга, хирургическое лечение эхинококка печени. В Саратове им написаны четыре работы по легочной хирургии: "Опухоли грудной стенки". "Эхинококк легкого", "Роль хирургии в терапии гнойных легочных заболеваний", "Хирургическое лечение гнойных заболеваний легкого". В Саратове он начал изучать совершенно новую область исследований в России - переливание крови. Один из саратовских учеников С.И.Спасокукоцкого - А.Н.Бакулев, который переехал со своим учителем в Москву, в редакционной статье к двухтомному изданию трудов Спасокукоцкого писал: "Сергей Иванович вошел в историю русской хирургии как создатель крупной хирургической школы. Он по праву считается отцом легочной хирургии в нашей стране".

346. Оценка миоэлектрической активности верхних отделов ЖКТ у пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза

Осипов А.В.(1), Демко А.Е. (1), Сузов Д.А.(2), Святненко А.В. (1), Мартынова Г.В.(1).

Санкт-Петербург

- (1) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
(2), Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Введение. Одним из актуальных аспектов проблемы лечения механической желтухи является оценка и нормализация моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Цель. Оценить выраженность и характер нарушений моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта при механической желтухе. Определить эффективность восстановления миоэлектрической активности желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки после различных оперативных вмешательств на желчных протоках. Материалы и методы. Работа была выполнена на основе анализа результатов лечения 81 больного, оперированных по поводу механической желтухи доброкачественного генеза, проходивших лечение в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с января 2014 г. по август 2017 г. У 78 (96,3%) пациентов причиной механической желтухи был холедохолитиаз. У 3 (3,7%) – доброкачественные дистальные стриктуры общего желчного протока. Хирургическое лечение осуществлялось несколькими методами: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – 38 (46,9%), лапароскопическая холецистэктомия с холедохотомией и литоэкстракцией – 37(45,7%), чрезкожная чрезпеченочная наружная холангиостомия (ЧЧХС) – 6(7,4%). Больные с острым холангитом и билиарным сепсисом в исследование не включались. Всем пациентам при поступлении, на 1, 3 и 5 сутки послеоперационного периода проводилось измерение миоэлектрической активности (МЭА) ЖКТ при помощи прибора гастроэнтеромонитор ГЭМ 01 “Гастроскан-ГЭМ”. Результаты и обсуждение. У всех больных наблюдалось выраженное снижение миоэлектрической активности ЖКТ при поступлении. Причем выраженность нарушений не коррелировало с уровнем билирубинемии, длительности желтухи, уровнем билиарного блока. Средние значения МЭА составляли : желудок – $4,9\pm 2,4$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,7\pm 0,21$

мВт ; тощая кишка – $0,6\pm 0,06$ мВт. На 1 сутки послеоперационного периода отмечалось достоверное равномерное снижение МЭА у всех групп (желудок – $4,6\pm 1,3$ мВт ; двенадцатиперстная кишка – $0,3\pm 0,9$ мВт; тощая кишка – $0,5\pm 0,2$ мВт, без достоверных различий в зависимости от вида оперативных вмешательств. Однако уже к 3 суткам показатель МЭА у больных группы ЭПСТ сравнялся с нормальными значениями (желудок – $6,1\pm 1,8$; двенадцатиперстная кишка – $0,5\pm 0,19$ мВт; тощая кишка – $1,6\pm 0,6$ мВт и $2,9\pm 0,6$ мВт;), в то время как МЭА у больных групп гибридных операций и ЧЧХС оставалась достоверно ниже ($p < 0,05$) (желудок – $5,0\pm 1,5$ мВт и $5,8\pm 1,3$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,5\pm 0,13$ мВт и $0,5\pm 0,2$ мВт; тощая кишка – $1,5\pm 0,3$ мВт и $1,9\pm 0,5$ мВт). На 5 сутки послеоперационного периода исследуемый показатель групп ЭПСТ и ЛСХЭ+ХЛТ групп соответствовал нормальным значениям и достоверно друг от друга не отличался (желудок – $8,1\pm 1,8$ мВт и $10,1\pm 1,9$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,9\pm 0,22$ мВт и $1,2\pm 0,21$ мВт; тощая кишка – $3,2\pm 0,6$ мВт и $3,1\pm 0,9$ мВт; $p > 0,05$). В это же время в группе пациентов с ЧЧХС МЭА оставалась на низком уровне и соответствовала дооперационным показателям (желудок – $5,3\pm 2,7$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,8\pm 0,3$ мВт ; тощая кишка – $0,6\pm 0,1$ мВт. Выводы. Миоэлектрическая активность верхних отделов ЖКТ у пациентов с механической желтухой значительно снижена. При выполнении оперативных вмешательств, которые купируют ахолию, удается нормализовать МЭА ЖКТ. Причем наиболее рано восстановление нормальной моторно-эвакуаторной функции желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки происходит в группе больных с ЭПСТ.

347.Метод и тактика лечения нагноительных ран в сочетании с аутодермальной пластикой по Тиршу у больных с различной патологией нижних конечностей

Дану М.И.

Кишинёв

ГУМФ Молдовы

Актуальность: Цель усовершенствовать методы и тактику лечения больных с гнойными обширными ранами и различной сопутствующей патологией (диабетическая стопа, облитерирующий атеросклероз и эндартериит, хроническая венозная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность). Материалы и методы: в 2017 в клинике были обследованы 45 больных с обширными гнойно-некротическими ранами голени и стопы у больных с различной вышеуказанной патологией. Проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия, реологическими растворами, витаминно-сенсibiliзирующая терапия, а также лечение сопутствующей патологии. Из 45 больных, у 33 больных проводилось лечение этих обширных ран традиционным методом – из них у 10 – неблагоприятный исход. Для улучшения метода и тактики лечения нами применялись препараты Полибиолин, *Langermannia gigantea* (гриб дождевик). (У нас есть патент на изобретение этих препаратов). У всех 12 больных раны промывали Декасаном, Бетадином, и после накладывания повязки с этими препаратами, у 6 больных повязки с Полибиолином, а остальным 6 больным – с *Langermannia gigantea*, эти препараты приводили к абсорбции адгезивных молекул, фибрина, находящуюся на поверхности клеток раневой поверхности, улучшение процесса регенерации, снижение болевого синдрома в ране, уменьшение воспалительного процесса вокруг раны и улучшение кровообращения в близлежащих тканях. Повязки менялись 1 раз в 2 дня, на 8-10 день раневая поверхность покрывалась живыми грануляциями. С целью быстрой эпителизации ран у 12 больных проводилась аутодермальная пластика ран по Тиршу, что дало возможность выписать этих больных на 20-25 день из стационара с полным заживлением раны. Получен положительный эффект, сохранены нижние конечности. Данный метод может широко применяться в хирургической практике. Результаты показали, что тактика и методы лечения (общие, местные с применением

этих препаратов с аутодермальной пластикой по Тиршу) позволяли эффективно воздействовать на заживление обширных ран голени и стопы. Пациенты были взяты на диспансерный учёт в течение 6 месяцев – 1 года. Рецидивов со стороны ран не наблюдалось, но они принимали лечение по поводу сопутствующих заболеваний. Обсуждение. Результаты методики и тактики лечения, применяя впервые в хирургии эти препараты: Полибиолин и *Langermannia gigantea* с применением аутодермальной пластики по Тиршу у больных данной патологией, что дало нам возможность через 20-25 дней выписать больных домой с заживлением ран голени и стопы, их срок лечения в стационаре от 20 дней до 1,5 месяцев. Из обсуждения и результатов этот метод лечения можно широко применять в хирургической практике. Выводы. Анализируя наши наблюдения и результаты, мы пришли к выводам, что применяя в хирургии данную методику, в сочетании с аутодермальной пластикой по Тиршу, получили эффективный положительный результат у 12 больных, можно широко применять этот метод более благоприятный, чем традиционный метод лечения, эти раны исходя из наших наблюдений из 33 больных у 10 больных неблагоприятный исход, проводилась ампутация голени и стопы, у больных с данной патологией и традиционный метод лечения их пути длительное и долгое лечение. Рекомендации. Учитывая полученные нами положительные результаты, впервые применённых нами в хирургии методов лечения, - аппликации на раны Полибиолина, который является биостимулятором, обладает противовоспалительным действием, улучшает общее состояние больного, содержит активные вещества IV фракции плазмы крови, альбумин 10-25 %, альфа-глобулин 56-68%, бета-глобулин 16-30%. 500мг Полибиолина содержат 460 мг белка, что приводит к эпителизации ран. Имеется патент на изобретение, а также на препарат *Langermannia gigantea*, который обладает противоопухолевым действием, укрепляет иммунитет, содержит кальциевую кислоту, лейцин, тирозин, эргостерин, липиды и ферменты, улучшает процесс регенерации клеток и тканей. Рекомендуется шире применять в хирургической практике эти препараты, сочетая с аутодермальной пластикой по Тиршу.

348. Осложнения лапароскопической аппендэктомии и их лечение

Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.И., Амбарцумян В.М.

Великий Новгород

Центральная городская городская клиническая больница

Цель: Анализ результатов лапароскопической аппендэктомии в больнице скорой медицинской помощи. Материалы и методы: За период с 2007 по 2017 годы у 1334 больных предпринята лапароскопическая аппендэктомия по поводу острого аппендицита. По клинко-морфологическим формам больные, оперированные лапароскопическим методом, распределились следующим образом: простой аппендицит был у 12 (0,9 %) пациентов, у 844 больных (63,3 %) был флегмонозный аппендицит, у 376 (28,2 %) - гангренозный и у 102 (7,6 %) перфоративный аппендицит. Результаты: При оценке результатов хирургического лечения одним из важных критериев качества его оказания являются характер и количество возникших осложнений. Осложнения лапароскопической аппендэктомии мы разделили на интраоперационные и послеоперационные. Интраоперационные осложнения наблюдались у 73 больных (5,3 %). Вскрытие червеобразного отростка являлось наиболее частым интраоперационным осложнением (43 больных или 3,2 %) и чаще всего было обусловлено некротическими изменениями в стенке отростка при деструктивных формах острого аппендицита. Наибольшие трудности вызывала перфорация основания червеобразного отростка или прорезывание эндолигатуры при герметизации его культи. Хирург всегда испытывает трудности с наложением эндолигатуры при наличии перфорации в зоне основания аппендикса, вскрытие же просвета слепой кишки при прорезании тканей лигирующей нитью еще более усложняет ситуацию. Данное осложнение явилось причиной перехода на открытый доступ у 14 больных. Большая часть таких «конверсий по требованию» пришлось на первые три года работы. По мере накопления опыта выполнения лапароскопических вмешательств и овладения хирургами техникой ручного эндохирургического шва справиться с возникновением таких технических трудностей стало более легко и в течение последних двух лет к переходу на открытый

доступ по этой причине практически на прибегали. Кровотечение при выполнении лапароскопической аппендэктомии чаще всего было из сосудов брыжейки червеобразного отростка. По нашим данным достаточно интенсивное кровотечение возникло у 15 больных, при этом у 6 оно послужило причиной конверсии, добиться гемостаза удалось только после прошивания и лигирования брыжеечки отростка. У остальных больных гемостаз был достигнут эндоскопическим методом с помощью электрокоагуляции аппендикулярной артерии. Достаточно надежной профилактикой кровотечений является использование при мобилизации червеобразного отростка современных аппаратов, таких как LigaSure и ультразвуковой скальпель, позволяющих достаточно надежно обеспечить гемостаз, при наличии утолщенной, воспалительно-отечной брыжейки. Десерозирование купола слепой кишки встретилось у 7 больных. Данное повреждение в 5 случаях возникло на фоне выраженного спаечного процесса после ранее перенесенной лапаротомии. У 2 больных повреждение серозной оболочки было обусловлено излишней тракцией за купол слепой кишки во время выделения червеобразного отростка. Все повреждения были распознаны во время операции и устранены наложением интракорпоральных швов на дефект серозной оболочки. Осложнения в послеоперационном периоде мы разделяли на интраабдоминальные и внебрюшинные (раневые) осложнения. Послеоперационные интраабдоминальные осложнения при лапароскопической аппендэктомии включали в себя кровотечение и формирование внутрибрюшной гематомы, несостоятельность культи аппендикса, инфильтраты и абсцессы правой подвздошной ямки, послеоперационный перитонит, раннюю спаечную кишечную непроходимость. По нашим данным среди 1296 больных которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия осложнения в послеоперационном периоде встретились у 48 пациентов (3,7%). Наибольшее количество послеоперационных осложнений носило инфекционно-воспалительный характер. Инфильтрат брюшной полости диагностирован у 5 больных, он проявлялся субфебрильной температурой, умеренным болевым синдромом и пальпируемым образованием в правой подвздошной ямке. При ультразвуковом исследовании инфильтрат обычно выглядел в виде конгломерата экзонеоднородных тканей с тонкими прослойками жидкости. Всем больным с инфильтратом проводилась консервативная антибактериальная, противовоспалительная

терапия с положительным эффектом. Гораздо более тяжелым осложнением, отягчающим течение послеоперационного периода является формирование абсцессов брюшной полости после лапароскопической аппендэктомии. Среди оперированных в нашей группе больных абсцесс брюшной полости отмечен у 26 (2,0 %). В клинической картине у этих больных наряду с наличием инфильтрата в правой подвздошной ямке или в надлонной области имелись признаки интоксикации, гипертермия и воспалительные изменения в анализах крови. Следует отметить, что среди 26 больных, у которых был диагностирован внутрибрюшной абсцесс у 20 пациентов (76,9 %) возникновение этого осложнения было обусловлено предсуществующим неблагоприятным фоном, так как лапароскопическая аппендэктомия производилась по поводу многосуточного деструктивного осложненного аппендицита. Использование релапароскопии с целью вскрытия и дренирования внутрибрюшных абсцессов оказалось выполнимым у 25 больных (96,2 %). У одного пациента, во время повторного эндовидеохирургического вмешательства, из-за сложной анатомической ситуации и опасности повреждения органов входящих в состав гнойника, произведены конверсия, вскрытие и дренирование абсцесса открытым способом. Наиболее грозным осложнением аппендэктомии является распространенный послеоперационный перитонит. В нашей группе это осложнение отмечено у 3 больных и явилось следствием прогрессирования воспалительного процесса брюшины, диагностированного при эндовидеохирургическом вмешательстве. Сохранение интоксикации, гипертермии, тахикардии, наличие, по данным ультразвукового сканирования, жидкости в брюшной полости, явились показанием к релапароскопии, которая была выполнена в сроки от 3 до 6 суток после первичной операции. У двух больных произведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и в одном случае осуществлена конверсия на открытый доступ. Из других послеоперационных внутрибрюшных осложнений следует отметить кровотечение в брюшную полость, которое встретилось у 2 (0,15%) больных и проявилось формированием гематом в правом мезогастррии, которые были диагностированы при ультразвуковом исследовании и дренированы через разрез в правом подреберье. Ранняя спаечная кишечная непроходимость наблюдалась у 7 больных (0,5 %). У всех 7 больных имелась тонкокишечная непроходимость, которая возникла в период до 6 суток после лапароскопической аппендэктомии и

проявлялась схваткообразными болями, вздутием живота, тошнотой, позывами на рвоту, неотхождением газов и стула. При рентгенологическом исследовании отмечались вздутие петель тонкой кишки с горизонтальными уровнями и жидкости в них и нарушение пассажа бария. Клинико-рентгенологические проявления ранней механической спаечной кишечной непроходимости явились показанием к повторному оперативному вмешательству. У 5 больных была выполнена лапароскопическая адгезиолизис с благоприятным исходом. У двоих больных с выраженными явлениями спаечно-динамической кишечной непроходимости произведена лапаротомия, рассечение спаек, назогастральная декомпрессия тонкой кишки кишечным зондом. Нагноение раны отмечено у 10 пациентов (0,8 %) и во всех случаях имелось в области троакара, через который проводилась эвакуация отростка. Всем больным произведено разведение краев раны, санация и дренирование раневого канала, после этого у пациентов отмечалось быстрое купирование воспалительного процесса в ране. Заключение: Количество интраоперационных и послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической аппендэктомии по поводу острого аппендицита имеет тенденцию к снижению по мере отработки методики операции и оснащения современной видеолапароскопической и эндохирургической аппаратурой и инструментарием. Большинство послеоперационных осложнений лапароскопической аппендэктомии устранимо повторным эндовидеохирургическим вмешательством.

349. IPOМ или Sublay – выбор способа лапароскопической пластики пупочных грыж

Алибегов Р.А., Мелконян С.С.

Смоленск

ОГБУЗ "Клиническая больница №1"

В лапароскопической пластике ventральных грыж чаще применяется интраперитонеальная пластика, которая имеет ряд преимуществ перед предбрюшинным. К ним относятся упрощение техники, уменьшение времени и операционной

травмы. В свою очередь, предбрюшинная пластика выгодно отличается от IPOM отсутствием контакта эндопротеза с органами брюшной полости и необходимостью в связи с этим применения дорогих композитных материалов с антиадгезивными свойствами. Цель: Сравнить результаты лапароскопической интраперитонеальной и предбрюшинной герниопластики в лечении пупочных грыж. Материалы и методы: Представлены результаты лечения 32 пациентов с вправимыми пупочными грыжами за период с 2013 по 2017 г, находившихся на лечении в хирургическом отделении ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. Возрастной интервал составил 29-74 лет, 27 женщин (84%) и 5 мужчин (16%). Методика обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Применялась классификация Европейского общества герниологов (EHS, 2009), согласно которой различают малые <2см (small), средние ?2-4см (medium) и большие ?4см (large) пупочные грыжи. 1-ю группу составили пациенты, которым выполнена лапароскопическая пластика IPOM и IPOM-plus (n=20). 2-ю группу составили пациенты, которым выполнена лапароскопическая предбрюшинная пластика (n=12). Операции проводили под эндотрахеальным наркозом. Выполняли лапароскопию, ревизию брюшной полости. При IPOM-plus пластикой пупочное кольцо ушивали интракорпоральными и трансфасциальными швами. Применяли эндопротезы с антиадгезивным покрытием (Parieten Composite Mesh, Parietex Covidien). С целью предотвращения контакта сетчатого эндопротеза и кишечника, последний укрывали большим салъником. Лапароскопическая предбрюшинная пластика выполнена с использованием полипропиленовых сетчатых эндопротезов (Эсфил, Линтекс, Optomesh). Грыжевой мешок и брюшину отсепааровывали при помощи эндоскопических ножниц и крючка. Во всех случаях грыжевой дефект ушивали. Фиксацию эндопротезов в обеих группах проводили сочетанием трансфасциальных швов и герниотакера Protack. Результаты Интраоперационных осложнений и конверсии доступа ни в одном случае не возникло. Средняя продолжительность операции при интраперитонеальной пластике составила 102,25 мин, при предбрюшинной - 122,4 мин. Разница в средней продолжительности операций обусловлена сепаровкой брюшины с последующим укрытием ею эндопротеза при предбрюшинной пластике. Послеоперационный

период у больных обеих групп протекал одинаково. В день операции назначали постельный режим. На 1-е сутки после операции больные вставали, самостоятельно передвигались. Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и отмечалась пациентами обеих групп как «слабые» и «умеренные», что соответствовало 2-3 баллам. Клинически значимых сером не наблюдалось. Средний срок госпитализации в обеих группах одинаковый - 6 суток. Отдаленные результаты наблюдали в сроки от 6 до 15 месяцев. Рецидивов и персистирующего болевого синдрома не выявлено. Выводы 1. Лапароскопическая интраперитонеальная пластика IPOM и IPOM-plus, отличаются простотой техники выполнения, минимальной травматизацией тканей. Главным недостатком данной методики является наличие контакта сетчатого эндопротеза с органами брюшной полости, необходимость применения дорогих композитных материалов. 2. Лапароскопическая предбрюшинная пластика требует большего времени выполнения, но является более физиологичной за счет отсутствия контакта эндопротеза с органами брюшной полости и возможностью применения более дешевых полипропиленовых эндопротезов.

350.Обоснование оптимального билиодигестивного реконструктивного вмешательства при доброкачественных стриктурах внепеченочных желчных протоков

Кательницкий И.И., Хоронько Е.Ю.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Алгоритм выбора оптимальной билиодигестивной реконструкции при доброкачественных билиарных стриктурах в настоящее время является общепризнанным. Значительную долю подобных стриктур составляют последствия ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков (ЯП ВЖП), чаще других обусловленных погрешностями при выполнении холецистэктомии (ХЭ). Операцией

выбора в таких ситуациях считается формирование гепатико- или холедохоеюноанастомоза (ГЕА/ХЕА) с использованием выключенного участка тощей кишки по методике Ру (Roux). При протяженной стриктуре терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) дискуссия о выборе оптимальной методики не дает единого согласованного ответа. Предлагаются варианты, включающие как миниинвазивные эндоскопические пособия (ЭПСТ, стентирование), так и создание ГЕА/ХЕА. У ряда больных продолжает довольно широко использоваться, несмотря на критикуемые недостатки, формирование холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Анализ публикаций истекшего десятилетия свидетельствует о возобновлении интереса хирургов к ХДА, позволяющему сохранить дуоденальный пассаж. Цель. Обосновать применение оптимального варианта билиодигестивной реконструкции при доброкачественных билиарных обструкциях в зависимости от уровня и характера поражения ВЖП. Материал и методы. Проанализированы результаты билиодигестивных реконструкций у 107 пациентов: у 84 - с билиарными стриктурами, развившимися после ЯП ВЖП, и у 23 - со стриктурами терминального отдела ОЖП. Средний возраст $45,5 \pm 7,0$ (23-85) лет, соотношение мужчины/женщины - 81/26 (75,7%/24,3%). ЯП произошло в сроки 1 день-26 мес до поступления в наше учреждение: при лапароскопической ХЭ - у 79 больных, открытой ХЭ у 2, резекции желудка по Бильрот-2 - у 2. У одного больного к обструкции ОПП привел синдром Mirizzi. С первичным поражением оперированы 49 пациентов, с рубцовыми стриктурами, развившимися после неудачной коррекции - еще 35. По уровню: стриктура правого долевого протока (ПДП) (-2 по Гальперину Э.И.) - у 3 (3,6%) больных, конfluence (-1) - у 10 (11,9%), ОПП - у 44 (52,4%), ОЖП - у 27 (32,1%). Среди 23 пациентов с терминальными стриктурами множественный холедохолитиаз имел место у 19, рецидив стриктуры после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) - у 14. В этих 23-х наблюдениях стриктуры носили протяженный характер, а состояние пациентов было отягощено желтухой и печеночной недостаточностью. Результаты и обсуждение. Восстановление ОЖП «конец-в-конец» при свежем пересечении осуществлено трём больным (на 1-2-5 сутки, соответственно) с удовлетворительными отдаленными результатами. В 81 наблюдении выполнено формирование ГЕА/ХЕА с участком кишки по Ру, при этом у 34 пациентов использована предложенная нами арефлюксная модификация (Патент РФ №2470592), основанная на

общепринятых правилах современной билиодигестивной хирургии. Летальность в арефлюксной группе 0%. При высоких стриктурах (ПДП - 3 и зона конfluence - 10) формирование ГЕА дополняли оставлением сменного транспеченочного дренажа (СТД) на 20-24 мес. В 6 наблюдениях (46,2%) развились рецидивы стриктуры, потребовавшие проведения реконструктивных вмешательств. 30-сут летальность - 7,7 %. При стриктурах терминального отдела ОЖП применена модификация ретродуоденального ХДА (Патент РФ №2532383), нетрудоемкая в исполнении. 30-сут летальность - 0%. Сохранение дуоденального пассажа обеспечило удовлетворительное качество жизни у 18 (78,3%). Выводы. 1. ГЕА/ХЕА являются предпочтительными вариантами билиодигестивных реконструкций при доброкачественных стриктурах ОПП/ОЖП. 2. При стриктуре терминального отдела ОЖП применение ХДА в супрадуоденальном варианте нежелательно из-за оставления «слепого» мешка. Этот недостаток устраняется ретродуоденальным формированием ХДА, применение которого допустимо в арефлюксной модификации. Достоинством ХДА является сохранение дуоденального пассажа.

351. Минно-взрывная травма на Кавказских Минеральных Водах

Валкадов В.В.

Минеральные Воды

ГБУЗ СК «Минераловодская РБ»

Актуальность. Напряженная военно-политическая обстановка в Мире, региональные войны, рост религиозно- экстремисткой, национальной- криминальной, политико- протестно- террористической деятельности, -ставит минно- взрывную, осколочную травму в ряд актуальнейших государственных проблем не только перед здравоохранением России , но и перед здравоохранением других стран. Минно-взрывная травма (МВТ)- грозное оружие массового поражения, с полиморфными разрушающими факторами, приводящими к обширной сложно- сочетанной, осколочной открытой, закрытой травме, с баро- контузионно- коммоционным

сидромом, часто сопровождающейся паникой, возникновением острых или обострения хронических психо- неврогенных заболеваний. Цель: анализ тактикооперативных мероприятий по организации, доставке, сортировке, обследованию и диагностики, оказания первичной врачебной, специализированной помощи, а так же выработка более рациональной тактики оказания медицинской помощи гражданскому населению пострадавшему как от случайной минно-взрывной травмы(МВТ) или теракта в г. Минеральные Воды, Ставропольского края. Материалы и методы. Несмотря на то, что боевые действия в Чеченской республике начались с 1994 г.,МВТ появилась в г.Минеральных Водах в 1996-1997 г.г.(10-ть пострадавших), как следствие нелегального распространения оружия- случайных взрывов (гранат, зарядов от гранатомета) и как теракт в 2001 г.: в приемное отделение Минераловодскую ЦРБ- всего - 82 пострадавших в хирургический, травматологический стационары - 21 в стационары г.Пятигорска, г.Ессентуки, г.Лермонтова - 7 оказана амбулаторная помощь - 61 Из 92-х поступивших пациентов все поступили -0,5- 1,5 часа, Все пациенты поступили с Д-з: МВТ, баротравма, ЗЧМТ, множественные осколочные ранения конечностей(31), головы, туловища, шок 2-4 ст.(30), повреждением подколенной артерии(1), селезенки(1), печени (3), тонкого кишечника(6), толстого кишечника(3), мочевого пузыря(1), ожоги лица, конечностей(3), открытые переломы; черепа(1),ключицы(1), плеча(1), бедра(1),голени(3), таза(1), травматическая ампутация бедра (2), голени(1), верхней конечности (2), н/з предплечья(1). Умерло 5-ть больных. 30-ти пациентам операции произведены в течение 1-3,5 часов: лапаротомии, швы на раны поврежденных органов, ПХО ран конечностей, формирование культей, их иммобилизация. Результаты: умерло 5-ть больных, остальные выписаны с выздоровлением или на амбулаторное лечение, в сроки от 1-го до 1,5 месяцев. Одному(1) пациенту, с отрывом н/з предплечья, тяжелой ЗЧМТ травмой, множественными, обширными ранами бедра, в связи с трудностями диагностики и появлением клиники «острого живота»- только на 6-е сутки – была произведена лапаротомия, с наложением швов на пять (5) ран тонкого кишечника. Больной выписан через 1,5 месяца на амбулаторное лечение. Впервые, на КМВ, в г.Минеральные Воды, по инициативе президента Ассоциации врачей хирургического профиля Э.А.Васканяна, была предложена и осуществлена особая практика оказания помощи и сортировки пострадавших от МВТ специальными бригадами травматологов,

квалифицированных хирургов, нейрохирургов, реаниматологов, прибывших по его распоряжению в экстренном порядке со своим транспортом из ближайших городов, через 30-40 минут, которые облегчили и ускорили сортировку пострадавших , увеличили точность установки диагнозов и эвакуировали часть тяжелых больных(7), в стационары г.Пятигорска, г.Ессентуки, г.Лермонтова, что облегчило оказание квалифицированной медицинской помощи нетранспортабельным больным в стационарах ГБУЗ ЦРБ г.Минеральные Воды.. Отягощающим фактором террористического акта в г.Минеральные Воды стало поступление (1-30 сутки) в неврологический и дневной стационар пациентов с психо- неврологическими заболеваниями(141): астено-невротические (11),субдепрессивно-депрессивно-фобические(129), острый психоз, с суицидальной попыткой (1), из них-мужчин(68), женщин(71), детей(2). Выводы: МВТ-одна из тяжелейших травм оружия массового и специфического поражения, требующая немедленной организации своевременной доставки пациентов, их массового приема, строгой регистрации, учета и сортировки, одновременно, врачами- специалистами разного профиля (дополнительно вызванных), в незамедлительной реанимационной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи, с привлечением мобильных бригад квалифицированных специалистов, МЧС, из близлежащих городов. А для охраны, пострадавших, поддержания порядка, профилактики паники и психо- неврологических реакций вокруг и внутри медицинского учреждения, внутри- больничного перемещения пациентов -должны принимать участие сотрудники полиции, ГБДД, психо-неврологической службы, аптек, волонтеры, при содействии городских властей, минздрава и воинских учреждений

352. Осложнения протезирования послеоперационных вентральных грыж

*Гостевской А.А., Рутенбург Г.М., Тарбаев С.Д.,
Лучкин А.Н.*

Санкт-Петербург.

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, кафедра
факультетской хирургии, зав. кафедрой – академик
РАН, д.м.н., проф. Г.Г.Хубулава

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж остается актуальной до настоящего времени. Это обусловлено в первую очередь их частотой - каждая десятая лапаротомия, а у некоторых категорий больных каждая третья заканчивается формированием грыжи. Широкое внедрение в клиническую практику протезирующих методик способствовало не только улучшению клинических результатов в виде снижению количества рецидивов, но и появлению специфических осложнений, связанных с имплантацией «инородного тела». В первую очередь это обусловлено тем, что до сих пор не решена проблема выбора оптимального материала для протезирования. Активно используемый в последние годы полипропилен не лишен определенных недостатков: выраженная реакция организма на его имплантацию сопровождается экссудативным компонентом и формированием грубой соединительно-тканной капсулы, деформирующий протез и увеличивающий количество рецидивов. Полипропилен, к сожалению, способен поддерживать хроническую воспалительную реакцию, особенно при его инфицировании. Политетрафторэтилен практически не инкорпорируется в тканях, малоустойчив к инфекции. Использование комбинированных протезов и других материалов (реперен, поливинилденфторид) ограничено. Вместе с тем осложнения протезирования связаны не только с имплантатом, но и характером его размещения. Использование до сих пор некоторыми авторами варианты надпоневротического расположения его патогенетически не обоснованы. Широкая отслойка кожно-жирового лоскута является основным фактором, увеличивающих количество ранних (серома) и поздних (кистома, хроническая серома, свищи, рецидив грыжи) осложнений. Не до конца выяснена роль нарушения обмена компонентов внеклеточного матрикса и его связь с заболеваниями соединительной ткани у

герниологических больных. До сих пор не решен вопрос выбора метода репротезирования при рецидиве грыжи и, особенно при осложнениях связанных с сетчатым имплантатом. За 26 лет в клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова и на ее базе - Городском центре эндовидеохирургии были выполнены различные варианты протезирования послеоперационных вентральных грыж. В первые годы основным материалом для протезирования служил лавсан. Было выполнено 23 герниопластики с надпоневротическим вариантом расположения протеза. Осложнения со стороны раны наблюдались у 8 больных (инфильтрат-4, серома 3, нагноение 1 с формированием протезо-кожного свища и последующим удалением протеза). Рецидив заболевания отмечен у 4 пациентов (17,4%). Эти результаты заставили нас отказаться как от данного материала, так и варианта протезирования. В последующем для герниопластики использовались монофиламентные протезы из полипропилена (ПП), а начиная с 2005 года из поливинилденфторида (ПВДФ). Было выполнено 1257 операций. Из них различные варианты аутопластики малых и средних грыж 124 пациентам. Рецидив заболевания отмечен у 43 больных (54,4%). Поэтому в последние 15 лет нами используются только протезирующие методики. При сравнении двух сетчатых материалов отмечается уменьшение количества осложнений, связанных с реакцией организма на имплантацию инородного тела (длительность экссудации, формирование серомы, инфильтраты и нагноение раны, сморщивание протеза) при использовании ПВДФ. Сетчатый имплантат располагался в трех позициях. У 811 пациента протез помещался по методике клиники (патент №2270614) между поперечной фасцией и задней поверхностью мышечно-аponeвротического каркаса передней брюшной стенки. Лапароскопическое протезирование применяется нами с 2005 года. Было выполнено 259 эндовидеохирургических герниопластик. Для протезирования использовались неадгезивные материалы (реперен, политетрафторэтилен в комбинации с полипропиленом). У 56 пациентов использовалась эндовидеохирургическая методика предбрюшинного расположения сетчатого протеза. Основным преимуществом данного варианта оперативного вмешательства является малоинвазивность, отсутствие выраженной экссудативной реакции на имплантацию протеза. Рецидивов и проблем связанных с имплантом за весь период наблюдений выявлено не было. 324 больным имплантат располагался на задней стенке

влагалища прямой мышцы живота. В раннем послеоперационном периоде данный вариант протезирования сопровождается большей частотой местных осложнений (гематома, серома, нагноение раны) вследствие его травматичности. Количество рецидивов сопоставимо: 23 (2,9%) по методике клиники и 8 (2,5%) при пластике по Stoppa-Rives. Разницы в количестве рецидивов в зависимости от материала протеза (ПП, ПВДФ, облегченный ПП) выявлено не было. Основным преимуществом лапароскопической герниопластики является малоинвазивность, отсутствие выраженной экссудативной реакции на имплантацию протеза, возможность выявления клинически «немых» грыж. У большинства пациентов с рецидивами были признаки неспецифической дисплазии соединительной ткани. Рецидивов сквозь протез не было. Поэтому в последние годы у данной категории больных мы выполняем протезирование всего послеоперационного рубца. Вариант репротезирования зависит во многом не от перенесенного ранее способа герниопластики, а от величины грыжевого дефекта и выраженности спаечного процесса в брюшной полости. При малых и средних рецидивных грыжах предпочтительней использовать, где это возможно, эндовидеохирургическую методику. При большой грыже мы используем методику по типу Stoppa-Rivs, которая позволяет не только надежно фиксировать протез, но и уменьшить диастаз прямых мышц. Мы не используем надапоневротическое репротезирование, так как количество повторных рецидивов сопоставимо с результатами аутопластик. Следует отметить, что у 41 (5,25%) пациента после пластики по методике клиники было выявлено формирование выпячивания в области протеза по типу ложного диастаза. Это обусловлено исходным вариантом коррекции передней брюшной стенки, когда для уменьшения риска развития компартмент-синдрома протез фиксировался без натяжения по типу «паруса». Ввиду отсутствия выраженных жалоб пациентов дальнейшая коррекция передней брюшной стенки не проводилась. В связи с расположением протеза по типу «onlay», мы не наблюдали формирование кистом у оперированных нами больных. Данный вариант осложнения был выявлен у 4 больных, оперированных ранее в других клиниках. У всех пациентов изначально выполнялось надапоневротическое протезирование. Хронические серомы (9) были выявлены также только у больных после данного вида протезирования. В большинстве случаев они выявлялись только при сонографическом исследовании при отсутствии клинических

признаков. Методом выбора лечения были пункции с последующим введением склерозирующих препаратов. Протезо-кожные свищи отмечены у 5 больных, двое из которых были ранее оперированы в нашей клинике. При отсутствии эффекта от консервативной терапии 2 больным произведено его иссечение вместе с протезом. Одному пациенту одномоментно выполнено репротезирование по типу onlay. Рецидив в течение года. Второй пациентке через полтора года после резекции протеза выполнено лапароскопическое протезирование рецидивной грыжи в области иссечения. При наблюдении в течение 2 лет рецидива нет. Отмечается хроническая серома в области старого протеза. Преимуществом эндовидеохирургической методики при данном осложнении является то, что вновь размещенный протез не контактирует с размещенным ранее имплантатом. Протезо-кишечный свищ был у 2 больных, один из которых был ранее оперирован в нашей клинике. У обоих пациентов он сочетался с протезо-кожным свищем и рецидивом грыжи. Было выполнено иссечение протеза вместе с петлей тонкой кишки и репротезирование по типу Stoppa-Rives. Рецидивов в течение года нет.

353. Оптимизация лечебной тактики при глубоких ранениях шеи

*Кочергаев О.В.(1,2), Котькин В.А.(2),
Кожевников А.А.(2)*

Самара

1) ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России ГОУ ВПО ,2)ГБУЗ СО городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко

Ранения шеи встречаются в 0,4-1,3% от всех открытых травм. Летальность при данном виде повреждений колеблется от 27% до 32% (Парфенов В.Е.и Самохвалов И.М., 2013; Абакумов М.М. 2014; Погодина А.Н. и соавт., 2016). Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения пострадавших с тяжелыми ранениями шеи с целью систематизации диагностических и лечебно-тактических действий, и на этой основе улучшить результаты лечения. Материалы и

методы. В проведенном исследовании выполнен анализ лечения 44 пострадавших в период с 2010 по 2017 г. Возраст пациентов от 18 до 62 лет. В подавляющем числе (73% рана носила одиночный характер. У 26% пострадавших кроме ранений шеи отмечались ранения других локализаций. В случае компенсированного состоянии пострадавшего производили цифровую рентгенографию груди и шеи. При необходимости осуществляли контрастное исследование глотки и пищевода. Последние четыре года в диагностическом процессе активно используется спиральная компьютерная томография (СКТ). Количество выполненных СКТ – исследований у данной категории пострадавших составило 16. Данное исследование позволяет в кратчайшее время получить объективную картину состояния сосудов, целостности пищевода и трахеи, наличия патологической жидкости и газа в заднем средостении. Результаты лечения. Следует отметить, что пострадавшие с нестабильной гемодинамикой и нарушениями дыхания из приемного отделения доставлялись непосредственно в «шоковую» операционную без детального обследования. Здесь проводились параллельно реанимационные, лечебные и диагностические мероприятия. После стабилизации состояния, остановки кровотечения, устранения асфиксии, расширялся диапазон диагностических мероприятий. Допущенные диагностические ошибки (5) явились результатом выполнения типичной хирургической обработки ран. В ходе нее полноценную ревизию выполнить практически не возможно из-за анатомических особенностей. Поэтому операцией выбора в проведенном исследовании являлась передне-боковая коллотомия. Сторона оперативного вмешательства определялась локализацией ран. Преимущество данного подхода определялось скоростью, анатомичностью и простотой выполнения. У 9 раненых осуществляли данное хирургическое вмешательство с обеих сторон. При ранениях сосудов хирургическая тактика определялась степенью повреждения. В случае ранения (1/3 диаметра сосуда и менее) его целостность восстанавливалась наложением бокового шва. В случае полного пересечения сосуда восстановление его осуществляли наложением атравматичного циркулярного шва по одной из принятых методик. В 5 случаях при значительном диастезе поврежденного сосуда, свыше 3см, выполняли швирование венозного аутоотрансплантата. Все манипуляции на травмированном сосуде осуществляли после прекращения магистрального кровотока. Период полного прекращения кровотока

не превышал 20 мин (Mauch J. et. 2000). Это объясняется вероятностью развития острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Дренажирование клетчаточных пространств по одной из принятых методик являлось обязательным условием. Вторым направлением проведенного исследования стал анализ результатов лечения 19 ранений пищевода. В основе хирургического лечения повреждений шейного отдела пищевода следующие этапы: оперативный доступ, ушивание раны и дренирование заднего средостения. В случаях обширных повреждений формировали эзофагостому. Заднее средостение в обязательном порядке дренировали по одной из методик. При повреждении трахеи с развитием асфиксии производили срочную трахеостомию. В дальнейшем дефект стенки ушивали или производили резекцию 1, 2 колец в зависимости от диастеза. В проведенном исследовании летальный исход наблюдался в двух случаях (4,5%). Выводы. 1. Объем диагностических и лечебных мероприятий должны определяться тяжестью состояния пострадавших. 2. Хирургическая тактика определяется характером поврежденных анатомических образований. 3. В диагностическом процессе при стабильном состоянии следует активно применять СКТ исследование.

354. Вопросы лечебной тактики при переломах шейки бедра, осложненных тромбозами вен нижних конечностей у возрастных пациентов

*Восканян Э.А., Алфимов Р.А., Селин Р.А.,
Кузьминов Б.И.*

Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница"

Проблема венозных тромбозных осложнений (ВТЭО) и их актуальность не вызывает сомнений, как по распространенности этой патологии, так и по количеству неблагоприятных исходов. Частота развития ВТЭО у пациентов со скелетной травмой высока. Более чем у 1/3 пациентов с переломами шейки бедра выявляется тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей. Необходимость проведения курса

антикоагулянтной терапии (АКТ) при ВТЭО приводит к увеличению сроков выполнения костного этапа операции, который может откладываться минимум на 3 месяца и более. Особую группу составляют венозные тромбозы, возникшие на фоне переломов шейки бедра у пациентов преклонного возраста. Консервативная тактика в данном случае для них бесперспективна. Отсрочка операции на опорно-двигательном аппарате, как правило приводит к ухудшению прогноза заболевания и высокой летальности. Цель исследования: оценка лечебной тактики тромбозов глубоких вен у пациентов преклонного возраста с переломами шейки бедра. Материалы и методы. С 2015 г. – по 2017 г. в травматологическом отделении Клинической больницы г.Пятигорска сделано 238 эндопротезирований тазобедренного сустава по поводу переломов шейки бедренной кости. Из них у 41 пациента диагностирован до операции венозный тромбоз, что составляет 17 %. Возраст от 70 до 93 лет. Женщин-32, мужчин-9. Всем больным проводилось: - общеклиническое обследование, клинические и биохимические анализы крови, - исследование коагулограммы (МНО крови, АЧТВ, Д-димеры и др.), ЭКГ, - ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) выполнялось всем пациентам при поступлении в стационар аппаратами экспертного класса Toshiba Xario и Vivid-7. Следует подчеркнуть, что в большинстве случаев клиническая картина ТГВ протекала бессимптомно и главным методом диагностики являлось УЗДС, при котором определялось состояние глубоких и поверхностных вен, локализация, характер тромбоза и наличие флотации. В лечебной тактике этой категории возрастных пациентов, мы прежде всего исходим из тех соображений, что операция на опорно-двигательном аппарате не может быть отсрочена и должна быть выполнена в период нахождения больного в стационаре. Консервативное лечение проводилось 27 пациентам с локализацией тромбоза на уровне вен голени. Оно заключалось в назначении низкомолекулярных гепаринов (Клексан, Фраксипарин), дезагрегантов, неспецифических противовоспалительных препаратов и эластической компрессии нижних конечностей. После повторного УЗДС через неделю и наличием положительной динамики тромботического процесса следующим этапом производилось эндопротезирование тазобедренного сустава. По поводу венозных тромбозов оперировано 14 пациентов. При восходящем тромбозе поверхностной бедренной вены (ПБВ) и флотирующем тромбе в подколенной вене (ПВ) выполняем перевязку ПБВ ниже впадения глубокой рассасывающейся лигатурой или делаем

пликацию ПБВ. При наличии флотирующего тромбоза общей бедренной вены (ОБВ) производим тромбэктомия, перевязку или пликацию ПБВ. При переходе тромбоза на подвздошные вены – постановка кава-фильтра. Тромбэктомия из ОБВ, перевязку или пликацию ПБВ выполнили у 6 больных, изолированную перевязку ПБВ и пликацию ПБВ – 7 больным. Постановка кава-фильтра 1 больной. Всем больным вторым этапом через 7-9 дней выполняли эндопротезирование тазобедренного сустава. Все операции выполнены под спинномозговой анестезией. Летальных исходов не было. Перед выпиской из стационара всем больным производилась контрольное УЗДС вен нижних конечностей. Ни в одном случае не отмечалось нарастание тромбоза в проксимальном направлении. После выписки из стационара больным продолжается АКТ. Длительность АКТ при дистальной локализации венозного тромбоза составляет 3 мес., при проксимальной – 6 мес. Однако она может быть продолжена в зависимости от сопутствующей патологии и возникших осложнений. Предпочтение отдаем оральному антикоагулянту Ривароксабану, который не уступает по эффективности Варфарину, имеет ряд преимуществ и предсказуемый антикоагулянтный эффект, не требует контроля гемостаза и подбора дозы, используется в стандартных дозировках, обеспечивает высокий профиль безопасности у возрастных больных. В комплексе консервативной терапии, где определяющую роль играют антикоагулянты мы широко используем компрессионный трикотаж и флеботропные препараты. Заключение: УЗДС вен нижних конечностей следует выполнять всем пациентам с переломами шейки бедренной кости. Лечение тромбозов вен нижних конечностей на фоне переломов шейки бедра у возрастных пациентов должно быть направлено на скорейшее проведение костного этапа операции - эндопротезирования. При наличии дистального венозного тромбоза нижних конечностей более рациональным является проведение в течение недели консервативной терапии низкомолекулярными гепаринами и вторым этапом эндопротезирование тазобедренного сустава. При наличии восходящего тромбоза по поверхностной бедренной вене и флотирующих тромбозах вен нижних конечностей у возрастных пациентов, с проксимальными переломами бедра, хирургические методы профилактики ТЭЛА эффективны и являются надежной основой для проведения костного этапа операции - эндопротезирования тазобедренного сустава. Длительность АКТ от локализации тромботического процесса, сопутствующей

патологии и возникших осложнений. Наиболее предпочтительным антикоагулянтом для возрастных больных является Ривароксабан.

355. Лапароскопическая эхинококкэктомия из органов брюшной полости

Рахматуллаев Р, Рахматуллаев А.Р, Хасанов С.М, Кувондиқов М, Шодмонқулов С.И, Эшматов А.

ЛДЦ «Варорд», Турсунзаде, Р.Таджикистан.

ЛДЦ «Вароруд»,

Актуальность проблемы: По данным литературы частота эхинококкоза органов брюшной полости имеет тенденцию к увеличению (ЭКК), при этом наиболее часто поражается печень -60,4-70 %, селезенка- 4-5%, большой сальник и брыжейка тонкого кишечника 2,5-5%, 2,5-6% соответственно и органы малого таза 3-4%. Осложнения хирургического лечения составляют 12-30%, а летальность при этом доходит до 8-10%. В настоящее время традиционные хирургические методы лечения ЭКК являются доминирующим. Однако с появлением малоинвазивных методик операции особенно лапароскопической методики (ЛС), появилась альтернатива к традиционной методике хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости. Цель исследования улучшение результатов хирургического лечения ЭКК органов брюшной полости с применением лапароскопической методики операции. Материалы и методы исследования: В течении последних 10 лет с использованием лапароскопической технологии эхинококкэктомия из органов брюшной полости произведена у 234 больных. Возраст больных от 18 до 66 лет, средний возраст составил $36,2 \pm 1,5$ года, женщин 158 (67,5%), мужчин 76(32,5%). Диагноз ЭКК основывался на данных ультразвукового исследования (УЗИ). Так, по данным УЗИ размеры ЭКК составили от 6,0х6,0 до 12,0х12,0 см., при этом ЭКК правой доли печени было установлено у 117 (37,1%) больных, из них у 93 больных локализовалась в S-Y-YI-YII, у 17 в S-YIII. Локализация ЭКК в S -I-II-III-IV отмечено у 46(20,5%) больных, из них у 9 больных ЭКК левой доли сочеталось с ЭКК селезенки. Изолированная ЭКК селезенки у

11(5,5%), ЭКК брыжейки тонкого кишечника у 14(5,9%) , большого сальника у 13(5,5%) и ЭКК органов малого таза у 16(6,8%) больных. При ЛС эхинококкэктомии из печени торакопорты устанавливали как при ЛХЭ, за исключением 20 мм. Торакопорта, который устанавливали в правом подреберье с целью введения марлевого тампона в брюшную полость для отграничения ЭКК и для последующей экстракции макропрепарата и дренирования брюшной полости, при эхинококкэктомии из левой доли печени и из селезенки 20 мм. торакопорт устанавливали в левой подреберной области. При остальных локализациях ЭКК применяли методику «мигрирующего» торакопорта. Во всех случаях производим пункцию ЭКК с аспирацией содержимого, не вынимая иглы в полость вводим эквивалентное количество 40% раствора натрия хлорида с экспозицией 8-10 мин. Хитиновую оболочку удаляем в контейнере, фиброзную капсулу иссекаем, остаточную полость обрабатываем 76% спиртом и тампонируем большим сальником с фиксацией к краям печени интракорпоральными швами. При наличии желчного свища дополнительно производим ушивание свища и дренирование силиконовой трубкой. У 17 больных с локализацией ЭКК в S-YIII, произведена конверсия, эхинококкэктомия произведена из лапаротомного доступа. У 11 больных с ЭКК кистой селезенки операция завершена ЛС методикой, у 9 произведено лапаротомия, спленэктомия. Остаточная полость в других органах брюшной полости после эхинококкэктомии и иссечения фиброзной капсулы оставляем открытой. Результаты исследования и обсуждения: В послеоперационном периоде после ЛС эхинококкэктомии больные чувствовали себя комфортно, рано активизировались, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались. У 11 больных с желчным свищем желчеистечение прекратилось на 7-8 сутки, у 1 больной на 7-ый сутки образовался абсцесс остаточной полости в печени в результате дислокации большого сальника, произведена релапароскопия, дренирование остаточной полости. Нагноение послеоперационной раны в области дренажной трубки отмечено у 3 (1,3%) больных, средний койка-день пребывания больных в стационаре составил $5,8 \pm 1,5$ дня. У 26 больных после эхинококкэктомии из лапаротомного доступа нагноение послеоперационной раны отмечено у 2 (7,8%), средний койка-день пребывания в стационаре составил $12,4 \pm 1,5$ дня. Летальных исходов не отмечено. В заключении следует отметить, что ЛС методика эхинококкэктомии при локализации ЭКК в S- I-II-III-IV -Y-YI-YII и в верхнем и нижнем полюсе

селезенки и в других органах брюшной полости является высокоэффективной методикой, сопровождается минимальной частотой различных осложнений.

356. Причины конверсии при лапароскопической холецистэктомии

*Рахматуллаев Р, Рахматуллаев А.Р,
Ибрагимов Ш.Б, Рахматуллаева Ф.Р,
Ходжаев М.Х, Кувондиқов М.*

Турсунзаде, Р.Таджикистан.

ЛДЦ «Вароруд»,

Актуальность проблемы. От 10 до 25% населения развитых стран страдают желчнокаменной болезнью (ЖКБ), в связи с чем ежегодно по всему миру выполняется до 2,5 млн. неотложных и плановых холецистэктомии, из этого количества до 90% операции выполняется лапароскопической методикой (ЛХЭ). По данным различных авторов осложнение при ЛХЭ доходит до 12-20%, при этом с целью коррекции интраоперационных осложнений хирургии в 4-12% случаях вынуждены перейти из менее инвазивной методики операции к более инвазивной. Целью исследования является изучение причин конверсии при ЛХЭ. Материалы исследования и результаты. С целью изучения причин конверсии нами проведен ретроспективный анализ протокола операции и видеозапись ЛХЭ у 8000 оперированных больных по поводу ЖКБ за период 2009-2017 гг. Из них 6250(78,1%) больных были оперированы в плановом порядке – I группа, 1750 (21,9%) больные в экстренном порядке по поводу острого холецистита II группа. Возраст больных от 16 до 87 лет, средний возраст составил 46±2,5 год, большинство обследованных составили лица женского пола -6120 (76,5%), мужчин -1880 (23,5%). В результате проведенного исследования установлено, что у 455 (5,6%) больных в связи с различными причинами произведена конверсия. Из них у 348 (5,5%) больным при плановой ЛХЭ и у 107(6,1%) при экстренной ЛХЭ. Среди больных I группы наиболее частой причиной конверсии у 258 (4,1%) явилось наличие плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, у 48(08%) больных кровотечение, при этом у 33 больных было

отмечено кровотечение из пузырной артерии, у 4 венозное кровотечение в результате повреждения ветвей воротной вены. Кровотечение из пузырной артерии наиболее часто отмечено при локализации пузырной артерии позади пузырного протока. У 24 (04%) больных интраоперационно выявлен холедохолитиаз, который и явился причиной конверсии, у 6 (0,07%) повреждение внепеченочных желчных протоков, у 5(0,06%) синдром Мирризи; у 4 (0,05%) желудочно пузырный свиш; у 3(0,03%) «синдром первого троакара», когда были повреждены прилегающие петли тонкого кишечника. Среди больных II группы наиболее частой причиной конверсии явился деструктивный холецистит – у 63 (3,6%) больных; кровотечение – у 22 (1,2%), плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря – у 14(08%) и холедохолитиаз – у 8(04%) больных. Обсуждение: Таким образом по данным нашего исследования конверсия произведена всего в 5,6% случаях, из них в 5,5% случаях при плановой ЛХЭ по поводу хронической ЖКБ и в 6,1% случаях при экстренной ЛХЭ. При этом наиболее частой причиной конверсии среди больных I группы явился инфильтрат в области шейки желчного пузыря -4,1%, среди больных II группы деструктивный холецистит -3,6%. Следует отметить, что конверсия нами в пользу мини лапаротомного доступа произведена у 398(87,4%) больных, лишь 57(12,6%) больным произведена лапаротомия по Кохеру. В заключении следует отметить, что своевременная конверсия обеспечивает адекватную коррекцию возникших осложнений при ЛХЭ и снижение частоты послеоперационных осложнений, при этом методикой выбора конверсии является мини лапаротомный доступ.

357. Хирургический подход к лечению поражения экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий и сосудистой мальформации головного мозга

*Хрипун А.И. (1), Прямиков А.Д. (1,2),
Миронков А.Б. (1,2), Асратян С.А. (2),
Кемеж Ю.В. (2), Гулина Л.Д. (3)*

Москва

1 – Кафедра хирургии и эндоскопии факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (заведующий кафедрой д.м.н., профессор Хрипун А.И.) 2 – Государственное бюро

Актуальность: тактика лечения поражения экстракраниального (стенозы/окклюзия или патологическая деформация) отдела внутренней сонной артерии (ВСА) в сочетании с интракраниальной сосудистой мальформацией в настоящее время до конца не определена. Это обусловлено редкостью такой сочетанной патологии брахиоцефальных артерий и отсутствием четких рекомендаций по этапности лечения и видам оперативных вмешательств у данной категории больных. Материалы и методы: за 4 года (с 2013 по 2017 гг.) проанализированы результаты лечения 38 пациентов с поражением экстракраниального отдела ВСА в сочетании с сосудистой мальформацией головного мозга. В большинстве случаев (36 пациентов) сосудистая мальформация головного мозга выявлялась как ангиографическая находка при диагностике поражения экстракраниального отдела ВСА, лишь у 2 больных стеноз брахиоцефальной артерии был диагностирован на ангиографии при выявлении интракраниальной патологии. Спектр сосудистых мальформаций был следующий: аневризма внутричерепного отдела ВСА или ее ветвей была у 32 пациентов, аневризма базиллярной артерии диагностирована в 3 случаях, артериосиноусное соустье у 2 больных и артериовенозная мальформация у 1 пациента. Стенозы ВСА имели место у 31 пациента, патологическая извитость ВСА в 5 случаях, а окклюзия ВСА у 2 больных. Полученные результаты: частота встречаемости сочетанной патологии составила 4,1% от всех обследованных пациентов. Оперативному лечению подверглись 15 (39,5%) пациентов. Двухэтапное лечение осуществлено у 6 больных: первым этапом выполнялось клипирование артериальной

аневризмы головного мозга, вторым – операция на экстракраниальном отделе ВСА (каротидная эндартерэктомия или резекция ВСА). Средние сроки между нейрохирургическим и сосудистым этапом составили $5,7 \pm 3,4$ месяца. Решение о выполнении первым этапом нейрохирургической операции было обусловлено несколькими причинами: ипсилатеральное со стенозом или извитостью ВСА расположение сосудистой мальформации с высоким риском ее интраоперационного разрыва или симптомная артериальная аневризма. Одноэтапный хирургический подход выполнен в 9 случаях, причиной отказа от операции на экстра- или интракраниальном отделе ВСА вторым этапом явились либо асимптомность и незначимость поражения ВСА, либо малые размеры аневризмы с низким риском ее разрыва. Летальных исходов, ишемических инсультов, разрывов сосудистых мальформаций после операций на экстракраниальном отделе ВСА, раневых геморрагических осложнений отмечено не было. Обсуждение: сочетанное поражение внутричерепного и экстракраниального отдела ВСА остается не решенной проблемой в современной сосудистой хирургии и нейрохирургии. В литературе описаны различные тактические хирургические подходы к лечению сочетанной патологии ВСА: этапные вмешательства и симультанные операции. Ряд авторов указывают на симптомность поражения как показание к первому этапу лечения либо на сосудистой мальформации, либо на стенозе или окклюзии ВСА. В нашей работе двухэтапный лечебный подход не сопровождался интра- или послеоперационными осложнениями. Клипирование аневризмы головного мозга первым этапом было обусловлено необходимостью профилактики ее разрыва при операции на симптомном стенозе или патологической извитости ВСА. Выводы и рекомендации: симптомное или гемодинамически значимое сочетанное поражение ВСА в ряде случаев требует необходимости оперативного лечения как на экстра-, так и на интракраниальном уровне. Этапный хирургический подход, когда сначала выполняется вмешательство на сосудистой мальформации головного мозга, а затем реконструкция брахиоцефальных артерий может быть безопасным и эффективным у пациентов с поражением экстра- и интракраниального отдела ВСА.

358. Видеоторакоскопическое лечение образований заднего средостения*Аблицов А.Ю., Ветшев П.С., Лукьянов П.А.,
Крячко В.С., Магомедов Б.А.*

Москва

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

Актуальность. Нейрогенные опухоли являются наиболее частыми образованиями заднего средостения, реже встречаются опухоли лимфатической системы и кисты. Невриномы развиваются из оболочек нервных стволов, расположенных в средостении, и составляют от 20 до 30% всех образований средостения. Чаще всего невриномы исходят из спинномозговых нервов, злокачественный рост отмечается в 2%, отмечается медленный рост, возможностью проникновением в спинно-мозговой канал, является показанием для выполнения хирургического лечения. В литературе отсутствуют публикации рандомизированных исследований, касающейся сравнения открытых методов исследования, видеоторакоскопических (ВТС), робот-ассистированных (РАО) методов хирургического лечения невриноме. Дальнейшие исследования требуют доказательств преимущества робот-ассистированных вмешательств перед ВТС. Материал и методы: В период с 2006 - 2016г.г. под нашим наблюдением находилось 62 пациента с образованием заднего средостения, которые были оперированы: у 41 больного выявлены невриномы заднего средостения, у 9 шванномы заднего средостения, у 12 - кисты заднего средостения. Оперативное лечение выполнено по поводу невриноме выполнено 41 больному: -открытым методом (боковая торакотомия (8 больных(19,51%)) - ВТС- 27 больных (53,66%) - РАО - 6 больных (14,63%) При необходимости для выполнения оперативного лечения привлекались нейрохирурги, что потребовалось у 7 (17,07%) в связи с проникновением в спинномозговой канал. Всем больным выполнялось комплексное клиническое обследование с включением компьютерной томографии с целью исключения образований типа «песочных часов». При малоинформативных данных МСКТ ОГК больным выполнялась магнитно-резонансная томография. Всем пациентам выполнялась операция согласно программе государственной гарантии бесплатного оказания медицинской помощи. Полученные результаты. Проанализирован результат 41 больного с

невриномами средостения. Все больные оперированы под общим обезболивающим при отдельной вентиляции легких. РАО выполнялись на РХК «Da Vinci Si». Длительность хирургических вмешательств составила: -открытым методом: 130-150 минут. -ВТС 150 – 180 минут. -РАО – 200 -220 минут. Интраоперационная кровопотеря: - открытым методом: 150-200мл. -ВТС 50-100мл. -РАО – 100-150мл. Средний койко-день – открытым методом – 7,2, ВТС – 5,5, РАО – 5,6. После операционный период осложнился у 1 пациента после операции из боковой торакотомии из ложе удаленного образования, что потребовало реторакотомии. В случае применения МИТ конверсий не было. Летальных исходов, осложнений в раннем и послеоперационном периоде после выполненных МИТ не было. Сравнительная оценка робот-ассистированных операций и торакоскопических показала преимущества видеоторакоскопии длительностью операции, её стоимостью. Выводы. Внедрение МИТ вмешательств позволяют улучшить непосредственные результаты лечения больных с образованиями заднего средостения. По сравнению с традиционным доступом (торакотомией) они сопровождаются меньшим хирургическим стрессом, способствуют более быстрому восстановлению больных, имея при этом хороший косметический эффект. Уточнения показаний для применения РХК требуют накопления дальнейший материалов.

359. Робот-ассистированное лечение при генерализованной миастении*Аблицов А.Ю., Ветшев П.С., Лукьянов П.А.,
Крячко В.С., Магомедов Б.А.*

Москва

Москва, ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова»
Минздрава РФ

Актуальность: Последняя тенденция к миниинвазивным вмешательствам вытесняют традиционные доступы таких как традиционную стернотомию, боковую торакотомию при удалении вилочковой железы. Изучение результатов робот-

ассистированных тимомтимэктомий и сравнение их с открытыми операциями является актуальным разделом современной хирургии. Материал и методы: В НМХЦ им И.М. Пирогова в период с 2005г. по 2016г. было выполнено 337 хирургических вмешательств у больных с заболеванием вилочковой железы. Из них 135 с тимомами и 202 с миастенией генерализованной формой. У 96% больных хирургическое вмешательство было выполнено с применением миниинвазивных технологий. В период с 2010г. по 2015г., было выполнено 36 хирургических вмешательств на роботе Da Vinci Si по поводу образования переднего средостения (заболевание вилочковой железы). Из них 13 по поводу тимом и 23 связанных с миастенией. Полученные результаты: Мы изучили ближайшие и отдаленные результаты у 13 больных с миастенией генерализованной формой (2а- 3в), тимомами. И у 23 больных с миастенией генерализованной формой. При оценке результатов хирургического лечения мы исходили из следующих основных критериев; восстановление работоспособности и образа жизни, отсутствие потребности в препаратах, отрицательная миастеническая реакция. Все операции на роботе Da Vinci выполнялись под наркозом с отдельной интубацией главных бронхов, двух просветной трубкой и одно лёгочной искусственной вентиляцией легких. У больных с аутоиммунной миастенией миорелаксанты не применялись. Летальности в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не было. У 15,3% больных из 13 (2) с тимомой в раннем послеоперационном периоде удалось полностью отказаться от постоянного приема препаратов. У 61,5% больных (8) отмечено снижение потребности в препаратах до 2-х раз. И у 23,0% (3) прием препаратов не снизился, остался прежним, однако качество жизни значительно улучшилось. У 38,4% больных (5) из них удалена раковая опухоль вилочковой железы. В после операционном периоде получавших химиотерапию и у одного человека химиолучевая терапия. У одного больного спустя пол года выявлен рак ободочной кишки. У 23 больных оперированных на роботе Da Vinci с миастенией генерализованной формой (2а-3в) отдаленные результаты составили: у 52,1% больных (12) с миастенией в раннем послеоперационном периоде удалось полностью отменить все антихолинэстеразные и гормональные препараты. У 26,0% больных (6) с миастенией отмечено снижение потребности в препаратах в 2 раза. И у 21,7% (5) прием препаратов не снизился, однако качество жизни улучшилось, что позволило активно заниматься спортом и у большинства женщин родить без осложнений. Лишь у одного

больного (4,3%) в раннем послеоперационном периоде отмечился криз миастении. Средняя длительность робот-ассистированных тимэктомий составила 200-210 минут. Послеоперационный койко-день составил 5,4. Выводы: Анализ накопленного опыта показал бесспорную эффективность МИТ высокотехнологических вмешательств при заболеваниях вилочковой железы, сопоставимую с традиционной стернотомией и боковой торакотомией. Основным сдерживающим фактором в развитии робот-ассистированных вмешательств при опухолях вилочковой железы является более высокая стоимость.

360.Динамика микроциркуляторных изменений кишечной стенки при высоких тонкокишечных свищах.

*Иштуков Р.Р. (1,2), Пантелеев В.С. (1,2),
Зарипов Ш.А. (2)*

Уфа

- 1) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России
- 2) ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова

Введение. Образование и функционирование несформированных кишечных свищей сопровождается возникновением морфологических изменений в стенке кишки и соседних органах. Выраженность этих изменений определяется многими факторами, в том числе уровнем локализации и сроками функционирования свища. С другой стороны, патологические процессы, происходящие в кишечной стенке и окружающих тканях, влияют на функциональное состояние кишки, и на течение самой болезни. Принимая во внимание факт, что одним из наиболее значимых факторов в возникновении свищей является нарушение трофики в стенке кишки, необходимо исследовать состояние микроциркуляции кишечной стенки в зоне свищевого дефекта при применении различных способов ликвидации кишечного свища. Материалы и методы. Экспериментальное исследование выполнялось на 60 кроликах породы «Шиншилла» на собственной разработанной

экспериментальной модели дуоденального свища, осуществляемую следующим образом: после выделения и мобилизовывания нисходящей части двенадцатиперстной кишки, петлю кишки выводили и оставляли снаружи. Через 24 часа после моделирования дуоденального свища всем животным проводились релапаротомии с целью ликвидации свищевого дефекта ДПК. В I контрольной группе животных свищевой дефект ДПК ушивался двухрядным вворачивающимся узловым швом, линия кишечных швов не укреплялась. Во II и III группах дуоденальный свищ ушивался однорядным непрерывным вворачивающимся узловым швом, при этом во II контрольной группе линия швов укреплялась биологическим хирургическим клеем BioGlue, а в III группе животных поверх наложенного однорядного узлового кишечного шва укладывали свиной дермальный коллаген «Permacol»™. Для изучения функциональных изменений микроциркуляции кишечной стенки в области свищевого дефекта исследовались известным методом лазерной доплеровской флоуметрии с использованием отечественного аппарата ЛАКК-01, выполненного научно-производственным предприятием «Лазма» в разные сроки наблюдения (на 3-и, 7-, 15- и 30-е сутки). Снятие показателей микроциркуляции стенки пораженного кишечника проводили интраоперационно на расстоянии 5-15 мм от линии швов. Результаты и обсуждение. Оценки микроциркуляторного русла неизменного кишечника у экспериментального животного мы изучали интраоперационно при первичной лапаротомии на передней поверхности нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Показатель микроциркуляции интактной кишечной стенки составил $17,17 \pm 1,14$, взятого за исходный уровень. Эксперименты с моделированием дуоденальных свищей у кроликов показали, что её развитие сопровождается глубокими нарушениями микроциркуляторного звена стенки кишечника, обусловленного микроциркуляторным стазом и дисфункциональной дилатацией, характеризовался нарушением капиллярного кровотока, был выражен спазм артериол, имелись участки ишемии, амплитудно-частотный спектр трактовался как спастико-атоническая и застойная форма нарушений микроциркуляции. Для показателей микроциркуляции к концу исследования характерно их снижение до малого уровня перфузии. Анализ полученных показателей всех трех группах свидетельствовал о приблизительно одинаковых показателях нарушения микроциркуляторного русла. Однако, во II и в III группах показатели микроциркуляции оказались

немного выше, чем в I группе на всех сроках проводимых исследований. Вероятно, это связано с тем, что в I группе экспериментальных животных мы использовали двухрядный кишечный шов, а во II и в III группах однорядный кишечный шов с использованием медицинского клея в одном случае и биоимпланта в другом. Заключение. Динамика микроциркуляторных изменений кишечной стенки в зоне патологических изменений соответствует морфологическим изменениям, полученным нами при изучении экспериментальных препаратов. Применение же биоимпланта при операции у экспериментальных животных способствует более раннему восстановлению микроциркуляторных расстройств с формированием в зоне патологических изменений нежнноволокнистой соединительной ткани, отличающейся достаточным уровнем перфузии крови в капиллярном звене микроциркуляторного русла. Амплитудно-частотный спектр колебаний кровотока в этом случае характеризуется спастической формой нарушения микроциркуляции.

361. Н.И. Пирогов на Северном Кавказе

Околов В.Л., Восканян Э.А.

Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница"
г.Пятигорска

Первое применение эфира для наркоза было осуществлено В.Т.Мортоном 16 октября 1846 г. Сообщение об этом было опубликовано в России в журнале «Друг здравия» в январе 1847 г.. Н.И.Пирогов тотчас со всей страстностью ученого приступил к глубокому изучению нового благодетельного для человечества открытия. В его деятельности надо выделить ряд периодов в изучении обезболивания. Первый период от февраля до мая 1847 г. В это время он проверил действие эфирного наркоза сперва на себе и своих помощниках, а затем на 40 добровольцах. В этот же период им было сделано под эфирным наркозом 50 операций у больных и 60 экспериментов на животных. Во второй период – июль-декабрь 1847 г. им была изучена эффективность эфирного наркоза в военно-полевых условиях. В 3-м периоде – 1848 г. и

последующие годы - продолжалось накопление материала по применению эфирного и хлороформного наркоза в мирной обстановке и обобщение этого опыта в России. Придя к заключению о высокой полезности наркоза, он 8 июля 1847 г. отправился из Петербурга на Кавказ, в Дагестан, где шли военные действия против горцев. Путь на Кавказ лежал через Ставрополь, Пятигорск, Моздок и Кизляр. В Ставрополе и Пятигорске он консультировал и лечил раненых и больных в военных госпиталях, здесь же применил эфирный наркоз, местные ванны и грязи для лечения раненых. Надо отметить, что в Пятигорском военном госпитале Н.И.Пирогов не только оперировал и консультировал раненых и больных, но и обратил внимание на то, что раны при применении минеральных источников заживали быстрее и лучше. Дальше он прибыл в Темир-Хан-Шуру (теперь это г. Буйнакск Республики Дагестан) и сразу же приступил к работе в местном госпитале, провел плановые операции и консультации. В конце июля 1847 г. Н.И.Пирогов прибыл в главный лагерь войск под Салтой. Именно здесь в примитивном лазарете Н.И.Пирогов 7 сентября 1847 г. впервые применил эфирование раненых и больных в военно-полевых условиях. Более 100 операций с применением эфира провел Н.И.Пирогов под Салтами. Здесь же Н.И.Пирогов использовал изобретенный им аппарат для вдыхания эфира через нос. Находясь в Дагестане до середины ноября он не только применял наркоз на поле сражения в массовом порядке, но и популяризировал его, используя любые способы его применения. Им же был применен в этих условиях и ректальный наркоз на поле сражения. В связи с этим следует привести его высказывание, что «Мы не можем и не должны ни в коем случае оставаться позади других образованных наций. Вопрос о действии эфира я считаю совершенно решенным. Остается только решить, какой способ надежнее и удобнее» (1847). В этот же период им были применены неподвижная алебастровая повязка (взамен крахмальной) для удержания отломков костей при переломах конечностей, испытаны алжирские носилки и сиделки для перевозки раненых в условиях гористой местности. Все это дает право сказать нам, что применение эфира в военно-полевых условиях открыло новую страницу в истории мировой и российской медицины. Здесь же состоялась встреча Н.И.Пирогова с Имамом Шамилем. После успешной операции одному из главных наивов Шамиль пожелал видеть русского знаменитого доктора. На этой встрече Шамиль сказал Н.И.Пирогову «Стальное сердце должно быть нежным, как шелк, если оно видит раненого

или беззащитного врага». Николай Иванович ответил, что он, русский медик, готов помочь каждому, кто нуждается в ней, - безразлично, будь то русский или горец. Свое пребывание на Кавказе и подробный отчет о проделанной работе Н.И.Пирогов подробно изложил в своем уникальном труде «Отчет о путешествии по Кавказу содержащий полную статистику ампутаций, статистику операций, произведенных на поле сражения и в различных госпиталях России с помощью анестезирования, опыты и наблюдения над огнестрельными ранами и проч.» (СПб, 1849). Это была первая крупная работа Н.И.Пирогова по военно-полевой хирургии. В ней был обобщен опыт и приоритет автора о применении в боевых условиях неподвижных (крахмальных) повязок, эфирного наркоза при оперативных вмешательствах, опыты и наблюдения по лечению огнестрельных ран. В этом труде Н.И.Пирогов обобщил свои взгляды на наркоз и его значение для хирургии, закончив работу глубоко патриотическими словами: «Россия, опередив Европу нашими действиями при осаде Салтов, показывает всему просвещенному миру не только возможности в приложении, но и неоспоримо благотворное действие эфирования над ранеными на поле самой битвы. Мы надеемся, что отныне эфирный набор будет составлять так же, как и хирургический нож, необходимую принадлежность каждого врача, во время его действий на бранном поле...». В 1847 г. были изданы и другие работы Н.И.Пирогова «Практические и физиологические исследования по этеризации», «Наблюдения над действием эфирных паров как болеутоляющего средства в хирургических операциях», «Практические и физиологические наблюдения над действиями паров эфира на животный организм». Эти работы великого хирурга до сих пор цитируют отечественные и зарубежные хирурги. А благодарные земляки Северного Кавказа с глубоким уважением относятся к имени великого ученого и хирурга и чтут его память.. В дагестанском ауле Салта установлен барельеф Николаю Пирогову, а в 2010 г. (к 200-летию со дня рождения хирурга) вышла книга о Н.И.Пирогове (Махачкала). Помнят Н.И.Пирогова и в г.Пятигорске: ему установлен бюст у здания ванн, носящих теперь его имя, в городе одна из улиц носит его имя (здесь расположена клиника городская больница – самая крупная в городе и регионе).

362. Низкая передняя резекция прямой кишки: илеостома vs трансверзостомы.*Луцевич О.Э.*

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ
им.А.И.Евдокимова, ЦЭЛТ

Возможность формирования анастомозов в абдоминальной хирургии стала неотъемлемой частью реконструктивного этапа оперативных вмешательств, позволяющих сохранить непрерывность желудочно-кишечного тракта. В отличие от относительно невысокой частоты возникновения несостоятельности анастомозов (НА) при формировании последних на перитонизированных участках тонкой и ободочной кишки (не более 3%), частота НА при низких передних резекциях прямой кишки (НПРПК) достигает 8-17%. Запоздалая диагностика НА в каждом четвертом случае является причиной выполнения повторных операций, связанных с разобщением межкишечного соустья и формированием концевой стомы. Как следствие, НА является причиной увеличения сроков пребывания пациентов в стационаре до 5-6 недель, что напрямую отражается на стоимости лечения данной категории больных. В то же время выключение несущего анастомоз сегмента кишки из пассажа кишечного содержимого может оказаться эффективным способом профилактики НА. В основу настоящего исследования легли результаты лечения 104 больных (48 мужчин, 56 женщин) в возрасте от 39 до 85 лет, оперированных в объеме ТМЭ/НПР лапароскопическим доступом с формированием аппаратного колоректального анастомоза и наложением превентивной илео- или трансверзостомы. Подавляющее большинство пациентов оперированы по поводу новообразований средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки, 1 больная - по поводу пузырно-прямокишечного свища после 14 курсов лучевой терапии. Большая часть новообразований (98) были представлены аденокарциномами различной степени дифференцировки, у 5 пациентов – аденомами больших размеров. Из особенностей оперативных вмешательств следует выделить следующие: 1. При мобилизации брыжейки сигмовидной кишки мы старались сохранить левую ободочную артерию, скелетизируя аорту и нижнюю брыжеечную артерию с удалением апикальных лимфоузлов. Такой прием позволяет

сохранить адекватное кровоснабжение низводимого отрезка сигмовидной кишки, зачастую без дополнительной мобилизации селезеночного изгиба ободочной кишки, и сформировать низкий колоректальный анастомоз без натяжения. 2. Колоректальные анастомозы формировали по типу «конец в конец» с использованием циркулярного аппарата диаметром 31 или 33 мм на расстоянии от 4 до 7 см от наружного края анального отверстия. Использование аппаратов меньшего диаметра считаем нецелесообразным вследствие риска развития рубцового стеноза соустья. Укрепление линии механического шва дополнительным серозно-мышечным швом не применяли. 3. В работе использовали стандартную технику 4 троакарных доступов, препарат извлекали через минилапаротомный разрез по Пфанненштилю или поперечный разрез в левой подвздошной области. Продолжительность оперативного вмешательства составила от 90 до 240 мин, в среднем 130 мин. 4. Восстановление тазовой брюшины в подавляющем большинстве случаев оказалось технически сложным или невозможным, и мы отказались от этого приема. Всем больным было выполнено стандартное дренирование малого таза через один из троакарных портов. 5. С целью исключения анастомоза из пассажа кишечного содержимого у 7 больных были сформированы петлевые трансверзостомы в мезогастральной области слева от средней линии, у 94 пациентов – петлевые илеостомы. Для формирования илеостомы использовали уже имеющийся 15-мм троакарный доступ (для линейного сшивающего аппарата) в правой подвздошной области, расширяя его до необходимых размеров. Результаты операций. Переход к лапаротомии (конверсия) имел место у 1 больной в связи с техническими трудностями при выделении большой опухоли верхне- и среднеампулярного отдела прямой кишки с прорастанием в шейку матки и заднюю стенку влагалища, и подрастанием большого дополнительного опухолевого узла (очевидно, из мезоректума) к надкостнице крестца. Тяжелых интра- и послеоперационных осложнений мы не отметили. Дренаж брюшной полости удаляли на 2-4 сутки при отсутствии или минимальном количестве сукровичного отделяемого. Энтеральное питание больным назначали с первых послеоперационных суток, без существенного ограничения качества пищи. Сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре составили от 4 до 9 суток, в среднем 6,2 суток. Закрытие превентивной колостомы осуществляли через 1,5–2 месяца после первичной операции, илеостомы – через 16 – 30 дней. Каких-либо осложнений в процессе

функционирования илеостомы и при ее закрытии мы не отметили. Пациенты покидали стационар на 3-4 сутки. В одном случае после закрытия трансверзостомы отмечено нагноение ушитой стомической раны. В этой связи мы считаем, что превентивная илеостома имеет ряд преимуществ перед трансверзостомой: 1. Формирование петлевой илеостомы технически проще и безопасней, чем трансверзостомы (нет необходимости дополнительной мобилизации кишки и освобождения ее от большого сальника). 2. Возможность использования уже имеющегося троакарного доступа в правой подвздошной области. 3. Более высокий косметический эффект – при илеостоме формируется меньшее по размеру стомическое отверстие на передней брюшной стенке. 4. Возможность более раннего закрытия стомы. 5. Меньшая вероятность развития несостоятельности швов кишки, даже после резекции небольшого участка подвздошной кишки со свищем. 6. Ранняя полная реабилитация пациентов, уменьшение сроков повторной госпитализации больных. Таким образом, лапароскопическая НППК является достаточно сложным, но эффективным методом лечения рака прямой кишки, при выполнении которого необходимо соблюдение ряда технических условий, в том числе наложением превентивной разгрузочной стомы. Мы отдаем предпочтение формированию превентивной петлевой илеостомы.

363. Характер и особенности осложнений хирургического лечения тератоидных новообразований у колопроктологических больных

*Щерба С.Н. (1,2), Савченко Ю.П. (1,2),
Нефёдова Е.А. (1), Щерба А.С. (1)*

Краснодар

1.ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии, 2.ГБУЗ Научно-Исследовательский Институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского

Введение. В хирургической колопроктологии определённое место занимает лечение различного рода тератом, расположенных, как в брюшной полости, так и пресакрально, в околопрямокишечной клетчатке. По данным литературы тератоидные новообразования нередко могут приводить к формированию свищей; возникновению нагноений. Постепенное их прогрессирование может стать причиной невритов и невралгий; способствовать появлению препятствий к родоразрешению у женщин; либо малигнизации патологического очага. Учитывая эти обстоятельства, наличие тератом и относительно высокий риск развития их осложнений является показанием к лечению, основной способ которого – хирургический. Однако оперативное лечение является далеко небезопасным. По данным разных авторов встречаются как интра-, так и послеоперационные осложнения в виде кровотечений, повреждений кишки, нагноения послеоперационных ран, рецидива заболевания. Цель исследования. Провести анализ характера и частоты возникновения интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений у колопроктологических пациентов, оперированных в НИИ-ККБ №1 по поводу тератом различного генеза. Материал и методы исследования. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в плановом порядке в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2013 - 2017 годах по поводу колопроктологических заболеваний. За указанный период накопились сведения о 6453 больном. Согласно критерию включения (оперативные вмешательства по поводу тератом из разных хирургических доступов) в исследовании участвовали 27 пациентов. Мужчин было трое (11,1%) (средний возраст $42 \pm 5,7$), женщин – 24 (88,9%) (средний возраст $38 \pm 6,9$). Все хирургические

вмешательства выполнялись в плановом порядке после стандартного обследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки кишечника, тромбо- и антибиотикопрофилактики под эндотрахеальным наркозом при срединной лапаротомии или лапароскопическим способом, и под эпидуральной анестезией при тератоидэктомии из локального доступа. Удаление новообразований, расположенных в брюшной полости, выполнено 23 пациентам. Срединная лапаротомия произведена 18 больным (из них в одном случае дополнительно потребовался промежностный доступ; а две операции были комбинированными – удалены матка с левыми придатками). Пяти пациентам выполнены лапароскопические вмешательства. Четырём больным, у которых тератомы располагались пресакрально, новообразования удалены из локальных промежностного (2 человека) и парасакрального (2 человека) доступов. Причём в двух случаях потребовалась резекция копчика. Результаты исследования и их обсуждение. В интраоперационном периоде, при удалении тератом из срединного лапаротомного доступа, ввиду распластанного расположения, опухолей больших размеров по стенке кишки и трудной идентификации границ тканей, в трёх случаях (11,1%) произошло непреднамеренное повреждение прямой кишки. Дефекты кишки были сразу же ушиты. Двум из этих больных сформированы разгрузочные, петлевые сигмостомы. В раннем послеоперационном периоде у пациентов оперированных через срединный лапаротомный доступ, произошли два экстраабдоминальных осложнения. В одном случае развился спонтанный пневмоторакс (3,7%), в другом – локальное нагноение лапаротомной раны (3,7%), купированное консервативно. У пациентов, оперированных из локального доступа, осложнений не зафиксировано. Летальных исходов не было. Все пациенты выписаны с выздоровлением под амбулаторное наблюдение. Вывод. Проведённое исследование продемонстрировало, что хирургическое удаление тератоидных новообразований брюшной полости нередко сопровождается трудностями, связанными, чаще всего, с разделением и мобилизацией патологических очагов от окружающих тканей. В нашей работе интраоперационные осложнения, возникли именно на этом этапе. Экстраабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода были единичны и несвязаны с лечением опухолевой патологии.

364. Результаты применения способа прогнозирования доклинической стадии нагноения ран в колопроктологической практике

*Щерба С.Н. (1,2), Бенсман В.М. (1),
Савченко Ю.П. (1,2), Велигоцкая А.В. (1),
Щерба А.С. (1)*

Краснодар

1.ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии, 2.ГБУЗ Научно-Исследовательский Институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского

Введение. По данным литературы известно, что контроль за динамикой изменений клеточного состава раны, или уровня паравульнарной микроциркуляции крови в коже, а также кожной температуры создает определённое представление о характере и стадии регенерации раны. Основываясь на комплексных результатах микроскопии раневого секрета, кожной микроциркуляции и паравульнарной кожной температуры, мы получили возможность прогнозировать начинающееся нагноение ран в доклинической стадии (патент РФ на изобретение № 2596866 от 15.08.16). Цель исследования. Провести анализ влияния способа прогнозирования нагноения ран в доклинической стадии на предупреждение возникновения первичных нагноений операционных ран у колопроктологических пациентов, оперированных в НИИ-ККБ №1 по поводу функционирующих кишечных стом. Материал и методы исследования. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в плановом порядке в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г.Краснодара в 2015 - 2016 годах по поводу колопроктологических заболеваний. За указанный период накопились сведения о 2752 больном. Согласно критерию включения (закрывание функционирующих петлевых кишечных стом из локального доступа с проведением полного комплекса прогнозирования нагноения ран, ушитых на проточном дренаже) в исследовании участвовали 226 пациентов. Из исследования исключены 38 больных, которым цитологическое и физиологические исследования выполнялись частично или не комплексно. Мужчин было 122 (54%) (средний возраст $52 \pm 6,9$), женщин – 104 (46%) (средний возраст $61 \pm 7,3$). Все хирургические вмешательства выполнялись в плановом порядке

после стандартного обследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки кишечника, тромбо- и антибиотикопрфилактики под эпидуральной анестезией из локального лапаротомного доступа. В раннем послеоперационном периоде, ежедневно, в течение первых десяти дней, паравульнарно определяли напряжение кислорода в капиллярной крови кожи (TcPO₂) и её температуру. Данные, полученные при микроскопическом исследовании раневого содержимого, при измерении парциального давления кислорода кожи и паравульнарной температуры отображают синхронность изменений показателей. Отрицательная динамика этих параметров, служила сигналом к началу активизации общих и местных консервативных методов лечения ран, способствуя абортации и ликвидации инфекционного процесса в самом его зарождении. Кожные швы операционных ран удавалось сохранить, а сами раны заживали первичным натяжением. Результаты исследования и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде, типичные для начинающегося нагноения физиологические и цитологические признаки, на доклиническом этапе, были зафиксированы в 36 (16%) случаях. Всем этим пациентам лечение дополнено стандартными консервативными лечебно-профилактическими мероприятиями. В результате локальные нагноения ран, потребовавшие снятия кожных швов, возникли лишь у трёх (8,3%) больных. У остальных 33 (91,7%) пациентов явления воспаления были купированы консервативно. Операционные раны зажили первичным натяжением ($t=12$; $p < 0,001$). Вывод. Предложенный способ ежедневной комбинированной оценки цитологической картины раневого секрета (лейкоциты, макрофаги, фибробласты) и паравульнарных напряжения кислорода в капиллярной крови кожи и её температуры, позволяет своевременно выявлять прогрессирование воспалительного процесса в доклинической стадии, на основании чего активизировать лечебно-профилактические мероприятия, купирующие его, и, создавая при этом, условия для неосложнённой регенерации операционных ран.

365. Стационар замещающие технологии в лечении больных хирургического профиля

Тарасов С.Л., Лавинский Р.В., Бирюков А.В., Древаль С.В., Турченко Р.Л., Малых К.В.

Ижевск

ООО "Больница Лава"

В период структурной реформы здравоохранения, приобретает огромное значение эффективность использования финансовых и материальных средств, и выдвигает на ведущие роли стационар замещающие технологии в оказании хирургической помощи. Материалы и методы. Хирургическое отделение ООО «Больница Лава», работает как стационар краткосрочного пребывания с 2014 года. За этот период в отделении прооперировано 331 пациент, мужчин - 223 (67,4%), женщин - 108 (32,6%). В общей сложности прооперировано 106 (32,1%) пациентов при не осложнённых грыжах брюшной стенки; 88 (26,6%) с варикозной болезнью нижних конечностей; 58 (17,5%) с послеоперационными грыжами малых и средних размеров; выполнено 72 (21,7%); лапароскопических холецистэктомий; 7 (2,1%) геморроидэктомий. Обсуждение. Средняя длительность пребывания в стационаре составила - 1,8 дня. Максимальные сроки нахождения в стационаре были у пациентов с послеоперационными грыжами - 2,2 и желчнокаменной болезнью - 2,0 койко-дня. Летальных исходов не отмечено. В раннем послеоперационном периоде больные наблюдаются в течении первых 10 суток. Первый прием осуществляется в нашей амбулатории, на 3-4 сутки, второй на 7-10 послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде осложнения встретились у 5 (1,5%) пациентов. Все осложнения были у пациентов после аллогерниопластики. Клинически значимые серомы послеоперационной раны (IIIa по Clavien-Dindo) наблюдались у 3 пациентов. Коррекция IIIb осложнений проведена у одного пациента с гематомой послеоперационной раны в нашем стационаре. Операция выполнена на вторые сутки послеоперационного периода. А у пациентки после комбинированной аллогерниопластики послеоперационной грыжи, операция по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости выполнена в дежурной хирургической клинике на 7 сутки послеоперационного периода. Гнойно-септические осложнения не наблюдались. Таким образом,

организационное развитие стационарзамещающих технологий основанное на принципах fast-track методологии значительно ускоряет послеоперационное восстановление, уменьшает количество осложнений, позволяет оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь с наименьшими материальными затратами. При таком методе лечения сохраняется привычный уровень качества жизни пациента в ближайшем послеоперационном периоде; ускоряется темп медико-социальной реабилитации, уменьшаются затраты на лечение.

366. Сравнительная характеристика специальных и общих опросников в оценке качества жизни после видеолaparоскопического антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

*Оскретков В.И., Ганков В.А., Андреасян А.Р.,
Овсепян М.А.*

Барнаул

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Наиболее перспективным направлением в оценке эффективности различных видов оперативного вмешательства является анкетирование больных с использованием общих и специальных опросников в сочетании со специальными методами исследования. Наличие нескольких опросников для оценки качества жизни больных при одном и том же типе операции диктует необходимость их сопоставления для выявления значимости получаемых результатов. Цель исследования. Выяснить информативность получаемых результатов для оценки эффективности видеолaparоскопического антирефлюксного вмешательства при ГЭРБ с использованием общего опросника SF-36 и специальных опросников GERD-HRQL (gastroesophageal reflux disease health related quality of life scale), а так же GIQLI (гастроинтестинальный индекс качества жизни). Материалы и методы. Основу работу составили результаты анкетирования 139 больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы,

которым в 2000- 2017 г.г. была выполнена разработанная нами видеолaparоскопическая дозированная эзофагофундопликация путем формирования полной фундопликационной манжетки на калибровочном зонде с учетом данных длины и тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Использованный нами общий опросник SF-36 позволяет оценить физические и психические компоненты здоровья, учитывая ролевое и социальное функционирование без конкретных составляющих заболевания. Опросники GERD-HRQL и GIQLI наиболее точно характеризуют основные симптомы ГЭРБ в совокупности с оценкой общего физического и психического состояния. Результаты и обсуждение. По результатам опросника GIQLI средний балл после операции увеличился в 1,6 раз (соответственно 78,06±1,2 и 126,69±1,5 баллов, $p < 0,001$). В основном получены хорошие и отличные результаты (92,81±2,19%) за счет увеличения баллов при ответах на вопросы, характеризующих отсутствие изжоги, дисфагии, дискомфорта в животе, стрессоустойчивости, общего физического состояния и работоспособности. По опроснику GERD-HRQL средний балл после оперативного лечения положительно изменился в 6,6 раз (соответственно 25,17±0,5 и 3,79±0,44 баллов, $p < 0,001$). Преимущественно пациенты отметили отличные результаты (87,77±2,78%), полученные при характеристике изжоги и её влияния на повседневную активность. По опроснику SF-36 средний балл физического компонента здоровья увеличился в 2,4 раза после оперативного лечения (соответственно 35,39±0,74 и 84,56±0,83 баллов, $p < 0,001$) в основном за счет параметров «ролевое функционирование» (RP) и «боль» (BP). Средний балл психического компонента здоровья увеличился в 2,6 раз (соответственно 35,39±0,74 и 84,56±0,83 баллов, $p < 0,001$) в основном за счет параметров «ролевое функционирование» (RE) и «психическое здоровье» (MH). Выводы. 1. Согласно опроснику GERD-HRQL хорошие и отличные результаты после антирефлюксного вмешательства получены за счет уменьшения симптомов ГЭРБ. 2. По опроснику GIQLI увеличение положительных результатов происходит за счет улучшения состояния желудочно-кишечного тракта, физического и психологического здоровья. 3. По общему опроснику SF-36 выяснилось, что после оперативного лечения пациенты способны выполнять повседневную физическую нагрузку, объем которой не ограничен состоянием физического и психического здоровья. Рекомендации. Для оценки качества жизни после антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ необходимо одновременное использование общих

(SF-36) и специальных (GERD-HRQL и GIQLI) опросников, что позволяет получить более полные сведения о результатах выполненной операции.

367. Стентирование желчных протоков в лечении послеоперационных наружных желчных свищей

*Котельникова Л.П. (1,2), Трушников Д.В. (2),
Баженова О.В. (3)*

Пермь

Пермский государственный медицинский университет, 2. Пермская Краевая клиническая больница, 3. Пермская районная больница с. Култаево

Актуальность. Причиной формирования наружных желчных свищей служат обширные резекции печени, ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков и травма органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Последние годы в их лечении стали использовать эндоскопические способы, что позволяет избежать повторных хирургических вмешательств, однако опыт стентирования желчных протоков пока еще не велик. Материалы и методы. В Пермской краевой клинической больнице за последние 15 лет выполнено 363 резекции печени, из них 147 – обширные (40,5%). У 8 (2,2%) пациентов в послеоперационном периоде сформировался наружный желчный свищ, для лечения которого двоим был установлен пластиковый стент 7-10Fr длиной 9-11 см. Кроме того, за последние 30 лет оперирован 141 пациент с повреждениями внепеченочных желчных протоков и их последствиями, у 41 (29%) из них в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии по контрольному дренажу отмечено подтекание желчи без клинических проявлений перитонита. В двух случаях для ликвидации наружного желчного свища использован пластиковый стент 7 и 10Fr длиной 11 см. Результаты. У двух пациентов после гемигепатэктомии справа и холецистэктомии по поводу метастатического поражения печени в раннем послеоперационном периоде после закрытия холедохостомы образовалась биллома. После ее пункции и дренирования сформировался

наружный желчный свищ с дебитом 150-200 мл в сутки. Несмотря на консервативное лечение, тенденции к закрытию наружного желчного свища не отмечали. При фистулографии обнаружено подтекание желчи их не герметичного субсегментарного протока 4 сегмента в области карины. На 14-16 сутки пациентам был установлен пластиковый стент 7-9Fr длиной 9 см, который был проведен в левый долевого проток. Через сутки сброс по контрольному дренажу уменьшился в 3 раза, на вторые сутки прекратился полностью. Закрыта холедохостома, затем удалена. У пациентки после лапароскопической холецистэктомии по поводу гангренозного калькулезного холецистита по контрольному дренажу с первых суток послеоперационного периода выделялось 300-400 мл желчи. При МРТ-холангиографии диагностирована несостоятельность культи пузырного протока. Эндоскопически установлен пластиковый стент 10Fr длиной 9 см в левый долевого проток. У второй пациентки во время лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита выполнена интраоперационная холангиография, диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка. Операция закончена установкой холедохостомы по Холстеду-Пиковскому. По контрольному дренажу со вторых суток отмечено подтекание желчи в объеме 50 мл, затем – по 100-150 мл в сутки. При проведении ЭРХПГ обнаружена негерметичность холедохостомы. Произведена эндоскопическая папиллотомия и установлен пластиковый стент 10Fr длиной 9 см до области карины. В обоих случаях желчеистечение полностью прекратилось со вторых суток. Через 2 месяца при контрольном осмотре все четверо пациентов жалоб не предъявляли, общий билирубин, трансаминазы, гамма-ГТП были в пределах нормы. Стенты были извлечены при фиброгастродуоденоскопии. Обсуждение. Стентирование желчных протоков активно применяют в лечении опухолевых поражений гепатопанкреатобилиарной зоны, стриктурах внепеченочных желчных путей, осложненных механической желтухой. При этом используют различные виды стентов: пластиковые, металлические саморасправляющиеся. Срок функционирования пластикового стента ограничен 90 днями, а сетчатых металлических – 190 днями. При лечении наружных желчных свищей достаточно стентирования в течение 40-60 дней, поэтому применение пластиковых стентов дает хорошие результаты. Выводы. Установка билиарного пластикового стента позволяет ликвидировать

наружный желчный свищ, возникший в результате несостоятельности культи пузырного протока после холецистэктомии и субсегментарного протока после резекции печени, за короткий период.

368. Использование эндовидеохирургического метода при лечении распространенного аппендикулярного перитонита

*Уханов А.П., Захаров Д.В., Жилин С.А.,
Большаков С.В., Леонов А.И., Амбарцумян В.М.*

Великий Новгород

Центральная городская клиническая больница

Цель: Изучить возможности и результаты использования лапароскопической аппендэктомии у больных с распространенным аппендикулярным перитонитом. Материалы и методы: В период с 2007 по 2017 годы эндовидеохирургическим методом оперировано 1334 больных больных острым аппендицитом из них у 66 (4,9 %) пациентов течение заболевания было осложнено распространенным перитонитом. Возраст больных был 19 до 72 лет, мужчин было 29, женщин 37. У всех больных был гангренозный аппендицит, при этом у 22 он был перфоративным. У 47 был диффузный и у 19 больных разлитой перитонит. Результаты: Важным моментом операции при остром деструктивном аппендиците, осложненном перитонитом, являлась первичная санация брюшной полости, направленная на профилактику попадания гнойного экссудата в непораженные отделы живота. Экссудат из брюшной полости удаляли аспиратором-ирригатором с обязательным направлением на бактериологическое исследование и чувствительность к антибиотикам. Способ выделения червеобразного отростка зависел от выраженности воспалительно-инфильтративных изменений в правой подвздошной ямке и возможности визуализации верхушки или основания червеобразного отростка. При невозможности мобилизации отростка от верхушки производилось его ретроградное удаление. Нами использован лигатурный способ обработки культи червеобразного отростка с использованием петли Редера и интракорпорального наложения узла на основание

аппендикса. Использование интракорпорального узла было особенно актуально, при выполнении аппендэктомии ретроградным способом. Лигирование отростка производилось двукратно - на основание червеобразного отростка и на уходящую часть, после чего производилось пересечение аппендикса эндохирургическими ножницами. Завершающая санация брюшной полости являлась важнейшим этапом оперативного вмешательства. У больных с распространенными формами перитонита, производилось полное удаление гнойного экссудата, с помощью многократного промывания брюшной полости антисептическими растворами в объеме до 8 литров. Удаление гнойного экссудата производилось по принципу снизу вверх, справа налево. Связано это с тем, что при деструктивном аппендиците наибольшее количество экссудата, скапливается в областях малого таза и правой подвздошной ямки, затем экссудат распространяется по правому боковому каналу, с наибольшим скоплением в верхнем этаже брюшной полости в области поддиафрагмального пространства справа. Для облегчения этой задачи производили смену положения больного на операционном столе, используя положение Фовлера и положение Тренделенбурга. С петлей кишечника и париетальной брюшины производилось, тщательное удаление рыхлых фибриновых пленок и всех некротически измененных тканей. При инфильтрированной, воспалительно-измененной брыжейке отростка с большим количеством коагуляционных некрозов проводили лигирование и удаление части брыжеечных фрагментов. Данная процедура была предназначена для профилактики возникновения абсцессов и воспалительных инфильтратов в правой подвздошной ямке. После проведения заключительной санации брюшной полости производили дренирование правой подвздошной ямки, области малого таза и других отлогих мест живота в зависимости от локализации червеобразного отростка и степени и характера воспаления брюшины. Дренаж вводили через один из рабочих троакаров и фиксировали к коже под контролем лапароскопа для исключения возможности дислокации дренажной трубки. Для активной аспирации содержимого брюшной полости к кончику дренажа, присоединяли вакуумную гармошку. Использование вакуумной аспирации позволяет осуществлять мониторинг регрессии воспалительной реакции брюшины и изучать дебит и характер эвакуируемой жидкости. Больным с целью декомпрессии и контроля за деятельностью желудочно-кишечного тракта

устанавливали назогастральный зонд. Всем больным после операции производилось назначение антибиотиков широкого спектра действия. Препаратами выбора являлись антибактериальные средства группы аминогликозидов III поколения (амикацин) или группа цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон). Эти препараты назначались в сочетании с метронидазолом. Длительность проведения антибиотикотерапии зависела от протяженности лихорадочного периода, клинических проявлений регрессии воспалительной реакции со стороны живота. По окончании лихорадочного периода курс антибиотиков продолжался еще 2-3 дня, после чего назначения отменяли. В случаях сохранения лихорадки свыше 4-5 дней при сохранении воспалительных изменений формулы крови производилась смена антибиотика с учетом данных бактериального посева из брюшной полости. При сохранении у пациента в послеоперационном периоде температуры свыше 38,0 С производился поиск возможных раневых, интраабдоминальных и легочных осложнений. Таким больным назначались дополнительные анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование брюшной полости и рентгенография легких. Инфузионную терапию в послеоперационном периоде проводили всем больным с распространенным перитонитом. Количество вводимой жидкости при проведении инфузионной терапии осуществляли из расчета 20-40 мл на 1 кг массы тела больного под контролем диуреза, показателей пульса и артериального давления. Инфузионную терапию прекращали, когда у больных восстанавливалась функция кишечника и купировалась лихорадка. Среди 66 больных с распространенным аппендикулярным перитонитом переход на открытый доступ был осуществлен в 6 случаях (9,1 %). Показаниями явились значительные технические сложности, обусловленные обнаруженным при лапароскопии плотным аппендикулярным инфильтратом с абсцедированием у 2 больных и наличие разлитого перитонита с явлениями паралитической кишечной непроходимости и необходимости интубации кишечника у 6 пациентов. Среди 60 больных, которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия осложнения встретились у 8 больных (13,3 %), в том числе разлитой перитонит у 3, абсцессы правой подвздошной ямки у 2, спаечная кишечная непроходимость у 1 и нагноение ран у 2 больных. Разлитой перитонит явился следствием прогрессирования воспалительного процесса брюшины, диагностированного при эндовидеохирургическом вмешательстве. Сохранение интоксикации, гипертермии,

тахикардии, наличие, по данным ультразвукового сканирования, жидкости в брюшной полости, явились показанием к релапароскопии, которая была выполнена в сроки от 3 до 6 суток после первичной операции. У двух больных произведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и в одном случае осуществлена конверсия на открытый доступ. У больных с абсцессами брюшной полости и спаечной кишечной непроходимостью устранить эти осложнения удалось повторным лапароскопическим вмешательством. Заключение: Опыт использования эндовидеохирургического лечения распространенного аппендикулярного перитонита показывает, что лапароскопическая аппендэктомия осуществима и относительно безопасна при деструктивных формах аппендицита с диффузным и разлитым гнойным поражением брюшины и может проводиться в комплексе с антибактериальной, инфузионной и детоксикационной терапией.

369. Диагностическое значение активности ?-амилазы, ?-глутамилтранспептидазы, содержания меди в биологических жидкостях у больных панкреатитом

Хлебников В.В.

Пермь

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю»

Актуальность. Острый панкреатит остается одной из окончательно не решенных проблем современной хирургии, Эффективность лечения панкреатита повышает правильная оценка биохимических данных о состоянии больного. Кроме наиболее распространенного в клинической практике определение активности амилазы в крови и моче, нами изучен фермент в слезе, ?-глутамилтранспептидаза (?-ГТП) в слюне, содержание меди в плазме крови для уточнения диагностики панкреатита. Материалы и методы. В исследование был включен 51 больной острым панкреатитом. Мужчин было 40, женщин – 11. Возраст пациентов от 24 до 75 лет, из них 41- с отечной формой панкреатита, 10 – с деструктивной. Диагностические критерии изучались на момент поступления больных. Содержание меди в плазме

крови определяли методу W. Landers, B. Zak (1958). Полученные результаты и обсуждение. Активность фермента у больных отечным панкреатитом превышала в 9,5 раз, а в слюне в 2 раза, в слезе не отличалась от контроля. При деструктивной форме активность α -ГТП в сыворотке крови в 16 раз превышала контроль и в 4 раза в слюне. Высокая активность из-за выхода энзима из печени и поджелудочной железы. У здоровых людей в крови активность α -ГТП незначительная. Обнаружено, что активность α -амилазы при отечной форме панкреатита превышала контроль в сыворотке крови в 3 раза, в моче в 2, в слезе в 4 раза. Следует отметить, что значения активности энзима у больных панкреонекрозом в крови и моче существенно не отличалась от контроля из-за уменьшения функционирующей ткани поджелудочной железы. При деструктивной форме активность α -амилазы в слезе существенно увеличилась, в 4 раза. У 50 % пациентов с острым панкреатитом содержание меди в плазме в пределах нормы ($19,63 \pm 3,49$ ммоль/л), у остальных больных количество меди значительно выше ($45,72 \pm 8,0$ ммоль/л) по сравнению с группой здоровых лиц ($17,5 \pm 4,15$ ммоль/л). В плазме крови больных при обострении хронического панкреатита концентрация меди в 2 раза выше ($34,06 \pm 3,46$ ммоль/л) по сравнению с группой здоровых людей. Известно, что количество меди в плазме крови повышается при воспалении, беременности и опухолях. При хроническом панкреатите страдают также печень и желчевыводящие пути. При хроническом повреждении гепатоцитов медь-транспортирующие белки перестают синтезироваться. Медь депонируется в печени. При остром панкреатите, синтез церулоплазмينا не всегда нарушен, что, вероятно, зависит от степени повреждения гепатоцитов, и он способен транспортировать медь. Анализ концентрации ионов меди необходимо проводить для определения степени повреждения гепатоцитов и, следовательно, для оценки эффективности лечения, так как уровень меди при поражении печени прямо пропорционален тяжести заболевания. Выводы. Определение активности α -амилазы в слезе позволяет повысить точность диагностики острого панкреатита. Выявление содержания меди в плазме крови имеет прогностическое значение при обострении хронического панкреатита. Определение активности α -ГТП в сыворотке крови и слюне выявляет развитие печеночной недостаточности разной степени тяжести у больных острым панкреатитом.

370. Вариантная анатомия воротной вены по данным компьютерной томографии

Колсанов А.В., Манукян А.А., Зельтер П.М., Чаплыгин С.С., Звонарева З.Н.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Институт инновационного развития

Актуальность. Анатомия воротной вены является чрезвычайно важным аспектом при всех видах резекции печени, трансплантации печени, лапароскопических операциях печени, при селективном введении лекарственных препаратов в ветви воротной вены, резекции поджелудочной железы, оперативном лечении портальной гипертензии. Компьютерная томография дает возможность с точностью оценить анатомию сосудов пациента, ее особенности и нюансы, которые чрезвычайно важны для хирургов при предоперационном планировании. Компьютерная система формирования виртуальных моделей «Автоплан» помогает в предоперационном планировании оперативных вмешательств, при помощи построения 3D моделей органов и сосудов. Материал и методы. Данная работа явилась результатом ретроспективного анализа 100 исследований компьютерных томограмм органов брюшной полости. Пациентам было выполнено исследование брюшной полости при стандартной укладке пациента для исследования органов брюшной полости. Протокол включал в себя предварительное нативное исследование органов брюшной полости и последующий трехфазный протокол введения контрастного вещества - артериальная, венозная и паренхиматозная фазы. Все исследования в формате DICOM загружались в систему «Автоплан». Система «Автоплан» - отечественная программа, которая разрабатывается в Центре прорывных исследований СамГМУ «Информационные технологии в медицине» (руководитель – профессор А.В.Колсанов). Ее цель – предоперационное объемное моделирование для планирования операции и выполнения виртуальных вмешательств. В системе предусмотрена возможность выгрузки моделей для интероперационной навигации. Сегментация и 3D-моделирование проводилось врачами-рентгенологами при непосредственном участии врача-хирурга. В своей работе мы использовали классификацию анатомии воротной вены Т.

Nakamura. Для классификации области конfluence воротной вены была использована классификация P. Krumm et al. Полученные результаты. Самым распространенным типом деления воротной вены по классификации T. Nakamura (2002): является классический тип деления воротной вены на правый и левый стволы (тип А) – 49%. По классификации P. Krumm et al.: самым часто встречающимся типом стал С - нижняя брыжеечная вена впадает в верхнюю брыжеечную вену, он обнаружился в 36%. Обсуждения. Полученные данные по анатомии воротной вены важны при планировании типичных и атипичных резекций печени, т.к. не зная особенностей притока венозной крови, особенно в случае редкого нетипичного варианта деления воротной вены, хирургу придется менять запланированный ход операции, и увеличивать время оперативного вмешательства, что, безусловно, отрицательно скажется на конечном результате. По тем же самым причинам, важно знать, каким образом устроено формирование воротной вены, при операциях на поджелудочной железе и кишечнике. Выводы и рекомендации. Выявлено, что аномальные варианты строения воротной вены являются частыми вариантами и должны быть отражены в протоколе исследования КТ для точного предоперационного планирования и избежания интраоперационной травмы крупных сосудистых стволов.

371. Эндоскопические операции на щитовидной железе (первый опыт)

*Коссович М.А.(1,2), Кольшев И.Ю.(1),
Провоторов Ю.А.(1), Майорова Ю.Б.(1,2)*

Москва

1) ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России, 2) ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского». Москва

Количество пациентов с тиреоидной патологией, требующей хирургического лечения, постоянно увеличивается. При этом традиционные оперативные вмешательства на щитовидной железе выполняются через доступ на передней поверхности шеи, длина которого может достигать 10–15 см. Это обстоятельство причиняет пациентам, большая часть из которых являются лицами

женского пола, определенный косметический дискомфорт, что значительно сдерживает своевременную диагностику и хирургического лечения патологии щитовидной железы. Широкое распространение высокотехнологичных методов оказания медицинской помощи привело к внедрению в практику эндоскопических способов хирургического лечения тиреоидной патологии. Этот вариант лечения технически возможен при наличии узлового поражения щитовидной железы с размером узла до 30–40 мм при максимальном увеличении щитовидной железы до I степени без предшествующих оперативных вмешательств на шее. При этом необходимо рассматривать случаи доброкачественной трансформации ткани щитовидной железы или варианты высококодифференцированной аденокарциномы, подтвержденные при обязательном выполнении дооперационной тонкоигольной аспирационной трепанобиопсии узлов под УЗИ контролем. Среди всех вариантов экстрацервикальных эндоскопических доступов к щитовидной железе в своей практике мы применяем аксиллярно-маммарный вариант с введением 300 эндоскопа и манипуляционных инструментов через 3 троакара диаметрами 10, 10 и 5 мм. Мы располагаем опытом лечения 9 пациентов с хирургической патологией щитовидной железы, которым было произведено эндоскопическое вмешательство. Из них женщин было 6, мужчин – 3. Возраст пациентов колебался от 32 до 67 лет. У 4 из них был выявлен высококодифференцированный рак щитовидной железы без лимфаденопатии. В 8 случаях была выполнена гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, в 1 – субтотальная резекция щитовидной железы. Продолжительность операции колебалась от 75 до 165 минут. Для мобилизации щитовидной железы применялся УЗ-диссектор Harmonic. Каких-либо интраоперационных осложнений при этом не наблюдалось, лишь в 1 случае возникло кровотечение из верхней щитовидной артерии, которое было достаточно быстро локализовано и надежно остановлено с использованием биполярного коагулятора LigaSure. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациенток наблюдалась транзиторная дисфония, которую удалось разрешить медикаментозно. Первый опыт эндохирurgical вмешательств при тиреоидной патологии позволил нам выявить определенные преимущества и недостатки этих операций. Преимущества в основном определяются малой травматичностью доступа, за счет чего достигаются следующие положительные моменты: принципиально лучший косметический эффект, значительное уменьшение болевого синдрома в

послеоперационном периоде, сокращение сроков госпитализации до 2–3 суток с быстрой физической и психоэмоциональной реабилитацией. Особо необходимо подчеркнуть хорошую визуализацию близлежащих к щитовидной железе анатомических структур и возможность избежать их непреднамеренное повреждение. Недостатками метода следует признать сомнительную экономическую целесообразность ввиду необходимости использования дорогостоящего оборудования и высокоэнергетических устройств, а также преодоление хирургами кривой обучения. В целом клиническое применение описанной технологии оставило самые благоприятные впечатления, хотя необходимо признать, что данная методика нуждается в дальнейшем изучении.

372. Первый опыт химического плевродеза комбинацией йодопирона и концентрированного раствора глюкозы

Плаксин С.А., Фаршатова Л.И.

Пермь

ГБОУ ВО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера

Химический плевродез является распространенной процедурой, направленной на индукцию асептического воспаления между листками париетальной и висцеральной плевры с целью облитерации плевральной полости. Чаще всего плевродез химическим агентом применяется у пациентов со злокачественными плевральными выпотами и спонтанным пневмотораксом. Целью исследования явилась оценка эффективности плевродеза комбинацией йодопирона и концентрированного раствора глюкозы. Материалы и методы. Плевродез комбинацией йодопирона и концентрированного раствора глюкозы был выполнен 11 пациентам, находившимся на лечении в торакальных отделениях Пермской краевой клинической больницы и городской клинической больницы №4. Средний возраст больных составил $60,5 \pm 11,1$ лет. У 7 человек (63,6%) диагностирован злокачественный плевральный выпот, у двоих пациентов (18,2%) – гепатогенный плеврит вследствие цирроза печени, в одном случае (9,1%) -

рецидивирующий кардиогенный плеврит на фоне ХСН IIIa/III ст. Также плевродез был выполнен одному (9,1%) пациенту с тяжелой ХОБЛ и диффузной эмфиземой легких, осложненной спонтанным пневмотораксом. Плевродез выполняли при условии полного расправления легкого, его герметичности, а также в отсутствии аллергологического анамнеза относительно препаратов йода. Восемью пациентам (72,7%) перед процедурой вводили в плевральную дренажную трубку, установленную во время ВТС или слепого дренирования, 50 мл 1% раствора лидокаина, трубку зажимали на 20 минут. Далее в плевральный дренаж вводили смесь из 10 мл 1% раствора йодопирона и 40 мл 40% глюкозы. Пациент менял положение тела, чтобы лекарственные препараты попали во все отделы гемиторакса. Через 2 часа дренаж открывали и продолжали активную аспирацию. Дренаж из плевральной полости удаляли при количестве аспирата менее 100 мл в сутки. Трех больным (27,3%) с низким функциональным статусом выполнялись плевральные пункции с установкой временного микродренажа - катетера для пункции подключичной вены. Плевродез йодопироном и 40% раствором глюкозы проводился этим пациентам по описанной выше методике, после чего катетер удалялся. Болевой синдром, провоцируемый химическим плевродезом оценивался согласно Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли. Оценка одышки во время процедуры производилась по шкале Medical Research Council Scale (MRC). Результаты и их обсуждение. 3 пациентам (27,3%) выполнено слепое дренирование плевральной полости, 3 (27,3%) – видеоторакоскопия под эндобронхиальным наркозом, 2 (18,1%) – видеоторакоскопия под местной анестезией и 3 (27,3%) – установка плеврального микродренажа. В трех случаях было проведено интраоперационное распыление талька. Но в послеоперационном периоде сохранялась повышенная экссудация плеврального выпота, что стало поводом для проведения плевродеза растворами йодопирона и 40% глюкозы на 5 – 6 сутки. Дренажи из плевральной полости удалялись на 4-6 сутки после одного сеанса плевродеза йодопироном и глюкозой. В случаях, когда химический плевродез осуществлялся через плевральный микродренаж, достаточно было одного сеанса плевродеза. Двум пациентам с циррозом печени и малым асцитом, а также одному онкологическому больному с синдромом верхней полой вены понадобилось 2 сеанса плевродеза для подавления экссудации и удаления дренажа. При проведении плевродеза йодопироном и 40%

раствором глюкозы однократно был зафиксирован эпизод гипертермии до фебрильных цифр, купированный приемом нестероидного противовоспалительного препарата. Среднее значение боли по шкале ВАШ составило $3 \pm 1,85$. Имеющаяся у пациента одышка во время процедуры плевродеза не усугублялась, среднее ее значение равнялось $1,27 \pm 1,1$. Выводы. 1. Химический плевродез раствором йодопирона и концентрированным раствором глюкозы позволяет эффективно купировать экссудацию в случае злокачественного плеврального выпота. 2. Наличие таких факторов риска, как синдром верхней полой вены, цирроз печени, может потребовать двух и более сеансов химического плевродеза для достижения желаемого клинического эффекта. 3. Плевродез йодопироном и раствором 40% глюкозы удовлетворительно переносится пациентами, не вызывая значимого болевого синдрома, либо одышки.

373. Анализ фармакодинамических параметров фторхинолонов в отношении основных возбудителей нозокомиальной хирургической инфекции

Кузьменков А.Ю.

Смоленск

ФГБОУ ВО "Смоленский государственный медицинский университет" Минздрава РФ

Актуальность. Проблема антибиотикорезистентности и обоснованного выбора антибиотиков для лечения нозокомиальной хирургической инфекции в настоящее время приобретает всё больший масштаб, требующий выявления всплеск устойчивости к основным группам применяемых антимикробных препаратов. Материал и методы. В исследовании был ретроспективно проанализирован клинический материал 5118 пациентов с нозокомиальной хирургической инфекцией за период с 1997 по 2015гг. из 37 городов Российской Федерации 74 центров клинических исследований. Изоляты были выделены у пациентов с симптомами нозокомиальной хирургической инфекции из соответствующего клинического материала.

Полученные результаты. Нами был проведен ретроспективный анализ активности группы фторированных хинолонов в отношении основных возбудителей нозокомиальных хирургических инфекций. В качестве «класс-препарата» был выбран цiproфлоксацин. Проанализированы фармакодинамические параметры в отношении *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *E. coli*, *A. baumannii*, *K. pneumoniae*, *E. faecalis*, *P. mirabilis*, *E. cloacae*, *E. faecium*. За период с 1997г. по 2015г. были рассчитаны показатели МПК50 (мг/л) и МПК90 (мг/л), процент резистентных и умеренно-резистентных изолятов, а также 95% доверительный интервал (ДИ). С течением времени ко всем представленным изолятам наблюдался рост значений МПК50 и МПК90 цiproфлоксацина. В целом, изменение фармакодинамических показателей препарата во времени характеризуется двумя особенностями: синхронным ростом значений и феноменом «схождения», когда величины значений МПК50 и МПК90 становятся близкими или равными. Продемонстрировано, что *in vitro* активность цiproфлоксацина в отношении изолятов *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *E. cloacae*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *E. faecalis*, *E. faecium*, *S. aureus* снижается с течением времени. При анализе интерпретированных данных МПК наиболее резкий рост демонстрировала доля резистентных изолятов *A. baumannii* меняясь от 33,33% (95% ДИ: 6,15-79,23) в 1997г. до 100% (95% ДИ: 78,47%-100%) в 2015г. Менее резкий рост доли устойчивых изолятов к цiproфлоксацину наблюдался у *P. aeruginosa*: от 38% (95% ДИ: 25,86-51,86) нечувствительных штаммов в 1997г. до 66,67% (95% ДИ: 48,78-80,77) в 2015г. Среди представителей *Enterobacteriaceae* и грамположительных кокков также отмечался значимый рост доли резистентных штаммов. Статистически значимой разницы в изменении доли устойчивых изолятов *E. cloacae* не выявлено ($p = 0,093$), однако установленная путем симуляций мощность точного критерия Фишера составила 56%, таким образом, нельзя сделать однозначного заключения об отсутствии роста доли резистентных изолятов. При отдельном рассмотрении доли резистентных изолятов по изучаемым периодам с учётом территориального признака было выявлено, что несмотря на различия между отдельными федеральными округами в доле устойчивых изолятов 95% ДИ находятся в пределах перекрытия друг друга (что свидетельствует в пользу отсутствия статически значимой разницы), а также пересекают линию общероссийского уровня. Хорошо заметна тенденция смещения доли нечувствительных изолятов с течением времени в сторону более

высоких значений во всех федеральных округах. Особенно явно данная тенденция выражена для *A. baumannii* и *K. pneumoniae*. Выводы. Таким образом, доля устойчивых к ципрофлоксацину изолятов статистически значимо не меняется между федеральными округами, однако демонстрирует статистически значимое повышение с течением времени для изолятов *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *E. coli*, *E. faecalis*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *S. aureus*. Устойчивость (нечувствительность) возбудителей нозокомиальных хирургических инфекций остается на высоком уровне к фторхинолонам (до 100%), что говорит о необходимости ограничения применения данной группы препаратов ввиду их низкой активности в отношении *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *E. cloacae*.

374. Факторы прогрессирования эндометриоза послеоперационного рубца на основе клинических случаев

Сердюков М.А., Александрова А.К., Салтереева С.Р.

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский Государственный
Медицинский Университет

Актуальность. Увеличение частоты эндометриоза, наблюдаемое в последние годы, связывают со значительным расширением показаний к оперативному вмешательству в акушерстве, а также с уменьшением числа матерей, кормящих грудью и придерживающихся контрацепции. В частности, о значительном увеличении числа абдоминальных родов. Техника проведения и не соблюдение мер профилактики во время операции кесарева сечения и в послеродовом периоде не выполнение рекомендаций врача акушер гинеколога, приводят к заносу и обсеменению клетками эндометрия операционной раны, прикрепление клеток эндометрия и рост эндометриоидных узлов. Женщины, которым выполняется родоразрешение путём кесарева сечения, должны в послеродовом периоде принимать средства барьерной защиты, контрацептивы и стараться сохранить как можно дольше период лактации и грудного вскармливания. Это всё предотвращает развитие осложнения как ЭПР. В технике выполнения

кесарево сечение есть этапы заноса и миграции клеток эндометрия в близлежащие ткани, этап зашивания мышечного слоя и апоневроза выполняется шовным материалом, у которого период рассасывания составляет 180 дней. Таким образом, клетки, которые могли быть фиксированы в данных тканях с соблюдением всех вышеперечисленных мер профилактических не будут подвергнуты дальнейшему развитию и образованию в послеоперационном рубце эндометриоидного очага. Цель. Доказать, что кормление ребенка грудью и контрацепция в послеродовом периоде, снижает риск развития эндометриоза послеоперационного рубца, в некоторых случаях уменьшают признаки ЭПР у женщин. Материалы и методы. Мы провели анализ 5 историй болезни пациенток, обратившихся в НУЗ Отделенческую больницу на станции Астрахань 1 ОАО «РЖД» и проходивших там хирургическое оперативное лечение по поводу ЭПР за 2017 год. Результаты. Гормональные контрацептивы и лактация оказывают лечебное и профилактическое воздействие на эндометриоз. Механизм действия контрацептивов заключается в том, что на фоне гормональной контрацепции выключается циклическое воздействие гормонов на очаги эндометриоза, и они теряют активность. Применение средств контрацепции в послеродовом периоде снижает риск возникновения и развития такого заболевания как эндометриоз послеоперационного рубца. При грудном вскармливании у женщины в передние доли гипофиза начинает вырабатываться пролактин – пептидный гормон, необходимый для осуществления лактации. Выработанный пролактин тормозит созревание яйцеклетки и овуляцию, вот почему при кормлении грудью ребёнка у женщин симптоматика эндометриоза проявляется позднее или же его не бывает. Также во время лактации наблюдается уменьшение размеров очагов эндометриоза. Выводы. 1. Снижение среди женщин в послеродовом периоде лактации и грудного вскармливания, не применение средств контрацепции с целью профилактики и предупреждения экстрагенитального эндометриоза, приводит к увеличению случаев ЭПР. 2. 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. 3. Современный подход к лечению больных эндометриозом заключается в сочетании хирургического метода и гормон модулирующей терапии. Именно данное сочетание позволяет достоверно предупредить развитие рецидивов

заболевания. Данный процесс не возобновляется и после проведения радикальных хирургических вмешательств по поводу устранения эндометриоза. 4. Учитывая достаточную редкость ЭПР, требует более детального и дальнейшего изучения и выяснения этиологии, патогенеза, выявленного в нашем исследовании факта, для подтверждения данного диагноза.

375. Варикозные пищеводно-желудочные кровотечения при портальной гипертензии цирротического генеза: современные возможности улучшения результатов лечения

Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э., Евлахова И.С.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Варикозное пищеводно-желудочное кровотечение (ВПЖК) является жизнеугрожающим осложнением портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП). Летальность на этапе первичного гемостаза остается высокой и достигает 50%. Наиболее эффективным способом достижения устойчивого гемостаза признано эндоскопическое лигирование (ЭЛ) вариксов. Сохраняющаяся ПГ является главной причиной рецидива геморрагии. Портосистемное шунтирующее вмешательство (операция TIPS/ТИПС), устраняя ПГ, значительно снижает риск повторного кровотечения. Анализ летальности свидетельствует, что основной причиной смерти в ранние сроки после успешного гемостаза является прогрессирующий гепаторенальный синдром (ГРС). Цель – улучшить результаты лечения больных с ВПЖК путем разработки оптимальной последовательности мер достижения устойчивого гемостаза и профилактики рецидивов геморрагий. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 442 больных (2002-17 гг.) с ВПЖК, вызванными ПГ внутрипеченочного типа (цирроз). Хирургическая клиника РостГМУ располагает опытом ЭЛ пищеводных вариксов у 161 пациента (2010-17 гг.) и операции TIPS/ТИПС при состоявшейся геморрагии и высоком риске её рецидива - у 156 (2007-17 гг.). Последовательное

выполнение обоих вмешательств применено у 57, интервал составил $27,2 \pm 4,7$ дней (7-90), причем у 7 больных TIPS/ТИПС осуществлен в неотложном порядке на фоне продолжающегося кровотечения при безуспешности мер медикаментозного и эндоскопического гемостаза. Процедуру TIPS/ТИПС у 52 (91,2%) пациентов дополнили селективной эмболизацией левой и задней желудочных вен (ЛЖВ/ЗЖВ). Проведено сравнительное изучение течения заболевания в двух группах. В I (контрольную) группу методом случайной выборки включены 50 больных, которым кровотечение останавливали мерами медикаментозно-компрессионного гемостаза (МКГ), включавшими зонд Блэкмора, селективные вазоконстрикторы, восполнение плазмо- и кровопотери, ингибиторы фибринолиза, ингибиторы протонной помпы. Во II группу (n=57) включены пациенты (сплошная выборка), которым выполнена вся последовательность мероприятий по достижению гемостаза и обеспечению профилактики рецидивов: МКГ – ЭЛ – TIPS/ТИПС. Результаты и обсуждение. Госпитальная летальность в I группе – 46,0%. Ретроспективный анализ историй болезни умерших позволил установить, что в комплексе мер МКГ у 16 из 23 больных селективные вазоконстрикторы (октреотид) не применяли, либо его дозировка и кратность введения были недостаточными. Данный факт подтверждает ключевую роль селективных вазоконстрикторов, обеспечивающих медикаментозную портальную декомпрессию, в комплексе нехирургических мер достижения гемостаза. Рецидив геморрагии в течение года у больных, которым впоследствии не было выполнено ЭЛ или операция TIPS/ТИПС, произошел в 82%. Годичная выживаемость - 26%. Во II группе 6-нед летальность – 1,75% (1 больной). В 6-мес срок нарастание пищеводного варикоза наблюдалось у 8 (14,0%), а рецидив геморрагии – у 2 (3,5%) больных. Летальность – 7,0%: умерли 4 пациента, ни у одного из них кровотечение не было причиной смерти. Через 1 год прогрессирование варикоза выявлено у 15 (26,3%), причем у всех к этому сроку шунт не функционировал. Рецидив геморрагии отмечен у 4 (7,0%). Годичная летальность 17,5%. Из 10 умерших за год больных смерть от рецидива геморрагии была у одного. Годичная выживаемость 80,7%, через 2 и 3 года – 66,7% и 56,1%, соответственно. Заключение. Современный подход к лечению ВПЖК у больных ЦП подразумевает следующую обязательную последовательность: медикаментозно-компрессионные мероприятия – эндоскопический гемостаз – портосистемное шунтирующее пособие (предпочтительно – миниинвазивная операция TIPS/ТИПС). Комплекс

этих мер обеспечивает значимое снижение летальности и улучшение выживаемости в течение двух лет, затем происходит выравнивание показателей при сравнении с пациентами, имеющими прогрессирующее ЦП без ВПЖК. Этот факт диктует необходимость проведения трансплантации печени предпочтительно в указанный срок.

376. Эндоскопическая хирургия вентральных грыж в искусственно созданных пространствах

Бурдаков В.А., Матвеев Н.Л.

Воскресенск, Московская область, 2) Москва

- 1) ГАУЗ МО Воскресенская районная больница №2,
- 2) Кафедра эндоскопической хирургии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Проблема послеоперационных вентральных грыж сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. По данным различных авторов, до 30% срединных разрезов передней брюшной стенки осложняется развитием таких грыж. На сегодняшний день, использование синтетических имплантатов является неотъемлемой частью лечения вентральных грыж. Это позволяет сократить количество рецидивов. Сей-час доказано, что размещение имплантатов в положение Sublay привлекательно в плане относительно малого количества осложнений. При использовании полипропиленовых имплантатов, их последующее удаление в связи с инфекцией требуется лишь в 0,5% случаев. Рецидивы грыж при данном расположении имплантата встречаются в 3-8% случаев. Способы вентральной герниопластики разделяются на традиционные, выполняемые из открытого доступа, и минимально инвазивные, использованием видеоэндоскопических технологий. Главными преимуществами «открытых» методик является восстановление анатомической целостности передней брюшной стенки, сшивание аналогичных тканей, отсутствие необходимости в использовании сложного оборудования, финансовая доступность аллопластических материалов. К недостаткам, в первую очередь, относится травматичность и, как следствие, число раневых и системных осложнений,

достигающее 50% по данным различных авторов, интенсивный болевой синдром в послеоперационном периоде, длительный период реконвалесценции. Эндоскопические методы герниопластики обычно ассоциируются с технологией IPOM (intra-peritoneal onlay mesh). Помимо небольшой частоты рецидивов, к преимуществам ме-тода IPOM можно отнести относительную техническую простоту и воспроизводимость, минимальную частоту хирургической инфекции, быструю реабилитацию. Однако стандартная пластика IPOM далеко не всегда позволяет адекватно ушить грыжевые ворота, то есть, не восстанавливается анатомическая целостность передней брюшной стенки. При-сутствует риск непреднамеренных энтеротомий при диссекции спаек (в среднем, 1,8%). К тому же, композитные герниопротезы и средства для их фиксации имеют высокую стоимость. Не исследован в должной мере вопрос развития спаечной и трансудативной реакции брюшины на протезы. Показано, что анатомия брюшной стенки позволяет производить диссекцию под эндоскопическим контролем в ее слоях (позади прямых, поперечных мышц, в пространстве Богро, Ретциуса) для проведения реконструкций при различных видах грыж. На основании этого, рядом авторов предложены методики эндоскопической вентральной герниопластики по принципу Sublay в искусственных пространствах, создаваемых в слоях брюшной стенки (e-Sublay). Это позволяет преодолеть некоторые недостатки и ограничения техники IPOM за счёт уменьшения контакта с внутренностями и париетальной брюшиной, как при диссекции, так и при установке протеза. За период с февраля 2016 года нами выполнены операции e-Sublay у 109 пациентов. Среди них были 49 пациентов с пупочными и эпигастральными грыжами в сочетании с диафрагмой прямых мышц, 33 пациентов с послеоперационными срединными вентральными грыжами и 28 пациентов с послеоперационными боковыми грыжами. Размер грыжевых ворот составил от 15 до 150 мм. Среднее время хирургического вмешательства составило 135 мин. Средняя кровопотеря около 50 мл. Летальных исходов не было. Рецидивов в отслеживаемом периоде не выявлено. В 2 случаях (2%) было инфицирование троакарной раны, ещё в одном случае (1%) – повреждение мочевого пузыря. У 3 пациентов (3%) выявлены серомы, которые не потребовали лечения и самостоятельно разрешились в период до 2 месяцев. По нашим данным, методика e-Sublay позволяет, по сравнению с открытой Sublay, снизить количество ИОХВ,

болевого синдром, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре и сроки реконвалесценции. Преимущества перед IPOM заключаются в уменьшении числа сером и энтеротомий, а также с существенном снижении финансовых затрат. Вместе с тем, отдаленные результаты e-Sublay, касательно восстановления функции брюшной стенки, рецидивов и спаечных реакций, ещё предстоит оценить.

377. Опыт хирургической коррекции панкреатической гипертензии у больных с хроническим панкреатитом

*Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Мандриков В.В.,
Бурчуладзе Н.Ш., Михин С.В., Веденин Ю.И.,
Кондаков В.И.*

Волгоград

Кафедра факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, ГБУ ВМНЦ центр хирургической гепатологии.

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) распространенное заболевание, а показания к его хирургическому лечению противоречивы, поскольку отсутствует единое мнение о способе и характере оперативного вмешательства. Материал и методы. В клинике факультетской хирургии с 2006 по 2017гг находились на лечении 130 больных с ХП в сочетании с панкреатической (ПГ) и/или желчной (ЖГ) гипертензией. Причиной возникновения данных осложнений были: панкреатолитиаз, стеноз терминального отдела вирсунгова протока, индуративные изменения головки поджелудочной железы (ПЖ). Мужчин было 98 (75,4%), женщин ? 32 (24,6%). Средний возраст пациентов составил 46,5±9,3. Показаниями для хирургического лечения явились: рефрактерный к консервативному лечению болевой синдром, ПГ, механическая желтуха (МЖ). В лечении 83 больных мы использовали эндоскопическую папилловирсунготомию (ЭПВТ) с литоэкстракцией и стентированием вирсунгова протока (ВП). Этим пациентам было выполнено 201 малоинвазивное вмешательство. ЭПТВ выполняли при панкреатолитах диаметром до 5-6 мм. У 53 (70,7%) из них выявлена стриктура терминальной части ВП,

которая потребовала расширения этой зоны баллонными катетерами. У 34 (45,3%) больных ЭПВТ с литоэкстракцией была осуществлена в один этап. Остальным 41 (54,7%) пациентам в сроки от 1 до 5 лет после первичного вмешательства потребовалось от 2 до 5 повторных эндоскопических транспапиллярных вмешательств. В связи с возобновлением болей, рецидивом вирсунголитиаза и ПГ 31(37%) больной оперированы традиционным лапаротомным доступом (продольная панкреатоеюностомия – 19, субтотальная дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ по Фрею - 12 операций). Неэффективность предпринятого малоинвазивного лечения была обусловлена крупным размером панкреолита(??8мм), рецидивом стриктуры терминального отдела ВП, фиброзными и индуративными изменениями в ПЖ. В связи с билиарной гипертензией у 6 больных дополнительно был наложен гепатикоэнтероанастомоз(ГЭА). 47 больных были оперированы первично традиционным лапаротомным доступом. Из них с реконструкцией терминального отдела ВП были сопряжены 31(66%) вмешательство. Были выполнены: пилловирсунгоцистодуоденопластика(ПВЦДП)(14(45%)), ПВП со стентированием ВП ПЖ(15(48%)), папиллосфинктеропластика(ПСП) (2(6,5%)). В 22(71%) случаях в ходе операции осуществлялись вмешательства и на желчевыводящих путях (ЖВП). В 16(34%) наблюдениях выполнены: продольная панкреатоэнтеростомия(ПЭС), цистодуодено- и цистоэнтеростомии(ЦДС,ЦЭС), гепатикоэнтеростомия(ГЭА), гастроэнтеростомия(ГЭС). Полученные результаты и обсуждение: ЭПТВ оказалось единственным методом лечения у 52(63%) из 83 больных. Наиболее частым осложнением ЭПТВ явился острый панкреатит?9,5%(19/201), кровотечение из зоны папилловирсунготомии ? 3,9% (8/201), ретродуоденальная перфорация - 1,5% (3/201). После ПЭС несостоятельность анастомоза отмечена в 1 случае (5,3%), абсцесс сальниковой сумки ? 1 (5,3%). После операции Фрея несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза отмечена у 1(8,3%) больного, абсцесс сальниковой сумки ? 1 (8,3%), панкреонекроз ? 1 (8,3%), некроз поперечно-ободочной кишки - 1 (8,3%). Панкреонекроз явился причиной летального исхода после операции Фрея у 1(8,3%) больного. Пациенты, перенесшие реконструктивные вмешательства на терминальном отделе ВП интраоперационных осложнений не имели. В послеоперационном периоде имела место несостоятельность дренажа ЖВП в 2 наблюдениях, постоперационный панкреатит – в 1. Отмечен

рецидив ПГ и ЖГ у 2(6,5%) больных и возникновение холедохолитиаза ? у 1(3,2%) в отдаленном периоде после хирургического лечения. Больные, с дренирующими вмешательствами (ЦДС, ЦЭС, ГЭА, ГЭС) имели послеоперационные осложнения в 3-х наблюдениях(19%). Умер 1(6%) пациент. Выводы и рекомендации: ЭПВТ с литоэкстракцией и стентированием ВП является ведущим малоинвазивным методом лечения вируснолитиаза и ПГ у больных с умеренно выраженными структурными изменениями в головке ПЖ и при небольших размерах панкреатических камней. При значительных фиброзных и индуративных изменениях в ПЖ, протяженной стриктуре ВП, крупных размерах панкреатолита в его просвете предпочтительны операции традиционным лапаротомным доступом.

378. Каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование в ранние сроки после перенесенного инфаркта головного мозга

Щеголев А.А.(2), Митичкин А.Е.(1), Папоян С.А.(1,2), Савкова О.Н.(1), Мутаев М.М. (2), Красников А.П.(1), Радченко А.Н.(1), Сазонов М.Ю.(1), Сыромятников Д.Д., (1) Громов Д.Г. (1,2)

Москва

ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ?ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: оценка результатов методик оперативного лечения пациентов в острой период ОНМК по ишемическому типу. Методы: В период с 2013 года по настоящее время в ГКБ им Ф.И.Иноземцева выполнено 186 оперативных вмешательств на БЦА, пациентам перенесшим ОНМК. Среди оперированных мужчин 127 (68,3%), женщин 59 (31,7 %). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства после ОНМК. В первую группу вошло 76(40,9%) пациентов, которым выполнялось оперативное лечение в период до 10 дней после ОНМК по ишемическому типу с восстановлением неврологической симптоматики до 3 баллов по шкале Рэнкина. Вторая группа 110(59,1%) пациентов, которым выполнялось

оперативное лечение через 3 и более недель после перенесенного ОНМК. Каждая группа в своей структуре делилась на 2 подгруппы в зависимости от методики оперативного вмешательства. Первая подгруппа выполнялось стентирование ВСА, 2 подгруппе – каротидная эверсионная эндартерэктомия. Таким образом в группах разделение было следующим. 1я группа 37(48,7%) пациентов – стентирование ВСА, 39(51,3%) – каротидная эверсионная эндартерэктомия. 2я группа 40(36,4%) и 70(63,6%) пациентов соответственно. Всем пациентам перед оперативным вмешательством в обязательном порядке выполнялось УЗАС БЦА с ТКДГ и осмотр невролога для оценки неврологического статуса. В случае предстоящего стентирования ВСА пациентам также проводилась МСКТ интра и экстракраниальных артерий с контрастированием для оценки степени, протяженности стенозов, и оценки анатомических особенностей дуги аорты. Фактором в отборе пациентов на стентирование являлось наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, приводящей к высокому хирургическому и анестезиологическому риску. Результаты: Технический успех был достигнут в 100% случаев. В 1 группе у одного пациента развилась ТИА в ВББ в подгруппе стентирования ВСА. У одного пациента во второй группе при контрольной ангиографии после стентирования ВСА выявлена диссекция общей сонной артерии, что потребовало имплантации дополнительного стента в общую сонную артерию. В подгруппах с каротидной эверсионной эндартерэктомией у одной пациентки развился ОИМ выполнено ЧКВ. Средний койко-день в стационаре после операции составил 2+1,5 дня и не отличался в обеих группах. Летальных исходов или очаговой неврологической симптоматики после операции не наблюдалось в обеих группах. Выводы: Обе оперативные методики показывают высокую эффективность и безопасность оперативного лечения пациентов, в ранние сроки после перенесенного ОНМК по ишемическому типу. Госпитальной летальности, а также повторных ОНМК не зарегистрировано в обеих группах. Необходим мультидисциплинарный подход в решении вопроса о методике оперативного лечения в зависимости от уровня хирургического и анестезиологического риска у пациентов в ранние сроки после ОНМК по ишемическому типу с целью улучшения результатов оперативного лечения данной группы пациентов.

379. Роль гибридных операций в спасении нижних конечностей

Папоян С.А.(1,2), Щеголев А.А.(2),
Митичкин А.Е.(1), Мутаев М.М. (2),
Красников А.П.(1), Радченко А.Н.(1),
Сазонов М.Ю.(1), Сыромятников Д.Д., (1)
Громов Д.Г.(1,2)

Москва

ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ ГБОУ ВПО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель: улучшение качества хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей. Материалы и методы: С марта 2013 года по настоящее время в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева 68 пациентам с явлениями критической ишемией нижних конечностей при атеросклеротическом поражении аорты и артерий нижних конечностей выполнено 70 оперативных вмешательств. Большинство больных были мужчины-47 (69,1%). Этиологическим фактором во всех случаях был атеросклероз. С клинической картиной хронической ишемии нижних конечностей: 3 стадия – 49 (72,1%), 4 стадия – 19 (17,9%). 2 пациентам операция выполнена на обеих нижних конечностях. Средний возраст больных 66 (39-82) лет. Из сопутствующих заболеваний чаще всего отмечалась ишемическая болезнь сердца у 41 пациента (60,2%), в том числе перенесенный ОИМ у 19 (27,9%), артериальная гипертензия у 68 (100%), сахарный диабет у 18 (26,4%), поражение брахиоцефальных сосудов у 38 (65,5%). Все операции выполнялись под регионарной анестезией. В 39 случаях отмечалось многоуровневое поражение артерий. 29 пациентам выполнена эндартерэктомия петель из подвздошного сегмента и стентирование подвздошной артерии, 11 ЭАЭ петель из подвздошных и бедренных артерий и стентирование подвздошной артерии, 5 стентирований подвздошных артерий и БПШ или эндартерэктомия из бедренных артерий. 21 бедренно-подколенно шунтирование или эндартерэктомия петель из ПБА и ангиопластика артерий голени. 4 реконструкции анастомозов БПШ и ангиопластика артерий голени. Результаты: Непосредственный хороший результат получен у всех больных. Конечность в непосредственном периоде удалось сохранить всем больным. Осложнения в виде лимфорей послеоперационной раны отмечалась у 3 (4,2%) больных, гематома

послеоперационной раны в одном случае (1,4%). Один пациент умер от острого инфаркта миокарда в раннем послеоперационном периоде. Средний прирост ЛПИ составил 0,42. Прослежены отдаленные результаты (от 1 года) у 62 больных. Кумулятивная проходимость реканализированных участков артерий через год составила 78%. Кумулятивная выживаемость больных через год составила 90,8%. В отдаленном периоде удалось сохранить 66 конечностей. **Выводы** Выполнение гибридных операции 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.

380. Абдоминальный компартмент-синдром при прогнозировании молниеносного течения острого панкреатита

Корымасов Е.А., Хорошилов М.Ю., Иванов С.А.

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Введение. Одним из механизмов развития синдрома полиорганной недостаточности у больных с острым панкреатитом тяжелой степени является абдоминальный компартмент – синдром (АКС), возникающий при неуправляемом прогрессирующем увеличении внутрибрюшной гипертензии (ВБГ). Цель исследования. Оценка прогностической роли АКС при молниеносном течении острого панкреатита. Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 110 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени, находившихся в специализированном хирургическом периоде за 6-летний период. Мужчин было 77 (70%), женщин – 33 (30%). Средний возраст больных составил 46 лет. Ограниченный некроз железы был у 78 (70,9%) больных, тотальный панкреонекроз – у 32 (29,1%) больных. По половозрастному составу, степени тяжести состояния больных при поступлении по критериям Ranson, шкале APACHE II, группы были

однородны. Давление в брюшной полости (путём катетеризации мочевого пузыря) измеряли по методу D. Meldrum и соавт. (1997г.). Результаты исследования и их обсуждения. Уровень ВБГ I степени был у 42 больных, II степени – у 35, III степени – у 19, IV степени – у 14 больных. АКС отмечен у 33 человек (30%). Тяжесть состояния пациентов вне зависимости от объёма деструкции ПЖ имеет прямую зависимость от степени ВБГ, с преобладанием III – IVст. Установлена зависимость оперативной активности и степени ВБГ. При этом количество оперированных пациентов возрастало по мере прогрессирования ВБГ и развития АКС. У 86 неоперированных больных I степень ВБГ была у 42 человек, II степень – у 31, III степень – у 10, IV степень – у 3 человек. Среди 24 оперированных пациентов соответствующие степени ВБГ были у 0, 4, 9 и 11 человек. Иными словами, у оперированных больных был АКС, который сам по себе мог явиться показанием к оперативному вмешательству. Следует обратить внимание на 13 неоперированных пациентов с III – IVст ВБГ. Комплекс интенсивной консервативной терапии у данной группы больных оказался эффективным, что способствовало разрешению АКС. Распределение 17 умерших после операции пациентов показало, что II степень ВБГ была у 1, III степень – у 6, IV степень – у 10 человек. Среди 7 выживших после операции пациентов II степень ВБГ была у 3, III степень – у 3, IV степень – у 1 человека. При панкреонекрозе АКС сочетался с дыхательной недостаточностью в 98% наблюдений, с сердечно – сосудистой недостаточностью в 67%, с острой почечной недостаточностью в 90%, со стойким развитием динамической кишечной непроходимости в 45%, с развитием ДСВ – синдрома в 32 % наблюдений. При внутрибрюшном давлении 15-25 мм.рт.ст., признаки полиорганной недостаточности развивались в среднем через 24 – 32 часа от начала заболевания, при гипертензии выше 30 мм. рт. ст. – через 8-12 часа, что являлось неблагоприятным прогностическим признаком. Выводы и рекомендации. При остром панкреатите происходит повышение внутрибрюшного давления в 87% наблюдений, при этом АКС развивается у 12,7% больных. Установлена зависимость между уровнем внутрибрюшного давления и распространённостью панкреатогенного воспалительного процесса в брюшной полости и забрюшинном пространстве ($p<0,05$), а также между уровнем внутрибрюшного давления и степенью тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II ($p<0,05$). Значимым и эффективным методом лечения при АКС является хирургическая декомпрессия брюшной полости путём широкой лапаротомии, при закрытии раны фасциальные

ткани не ушиваются. Своевременно выполненная декомпрессия сопровождается нормализацией гемодинамики, внутригрудного давления и диуреза.

381. Внутривидеоскопическая эндоскопия в хирургической гастроэнтерологии: возможности паллиативной помощи

*Корымазов Е.А. (1), Жданов А.В. (2),
Навасардян Н.Н. (2), Косякин В.А. (2),
Копалин А.А. (3)*

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет) 2) Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД» 3) Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А.Семашко.

Введение. Злокачественные опухоли пищеварительного тракта занимают значимые места как в структуре онкологической заболеваемости, так и в качестве причин летальных исходов. Очень часто пациент со злокачественным новообразованием обращается к врачу только при появлении осложнений (дисфагии, кишечной непроходимости), а заболевание при этом диагностируется на неоперабельной стадии. Качество оставшейся жизни зависит от выбора способа паллиативной помощи такому пациенту. Цель. Показать возможность внутривидеоскопической эндоскопии при оказании паллиативной помощи в хирургической гастроэнтерологии при неоперабельной стадии онкологических заболеваний. Материал и методы исследования. В период 2016 по 2017 гг. выполнено 18 эндоскопических установок саморасширяющихся стентов при неоперабельных опухолях. По поводу неоперабельной опухоли пищевода было установлено 13 стентов. Еще 3 стентирования пищевода было выполнено по поводу сдавления пищевода извне. По поводу неоперабельной опухоли толстого кишечника выполнено 2 стентирования. Результаты и их обсуждение. При стентировании пищевода основным показанием было наличие дисфагии 3-4 степени. Все пациенты обращались за помощью в срочном порядке. Продолжительность жизни после выполненной

операции составила от 2-х до 12-ти месяцев. Одному пациенту из-за прогрессирования заболевания было проведено стентирование пищевода повторно по методике «стент в стент». Показанием к стентированию толстого кишечника была обтурирующая опухоль с тенденцией к обструкции просвета. Продолжительность жизни после стентирования кишечника составила не более 9 мес. Осложнений после выполнения стентирования выявлено не было. В трех наблюдениях выполнялась реканализация стента через 2-3 мес. Ни один из пациентов не подвергся стомированию в ближайший и отдаленный послеоперационный период. Выводы и рекомендации. Эндоскопическое стентирование саморасширяющимся стентами при опухолевом поражении органов пищеварения может быть альтернативным методом паллиативной помощи. Проведение стентирования позволяет обеспечить пациенту достойное качество оставшейся жизни. При выборе способа паллиативной помощи важен комплайенс со стороны пациента.

382.Эффективность лечения кишечной непроходимости: как здравый смысл согласуется с клиническими протоколами

Корымасов Е.А. (1), Смелкин Д.А. (2), Иванов С.А. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет 2) Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова

Введение. Анализ лечения пациентов с кишечной непроходимостью за последние 4 года в Самарской области выявил как положительные, так и отрицательные тенденции. Это в равной степени относится к непроходимости как неопухолевого генеза, так и опухолевого происхождения. Цель. Определить основные тенденции оказания хирургической помощи в среднестатистическом российском регионе, а также реальность выполнения существующих клинических протоколов и рекомендаций. Материал и методы исследования. Ежегодно в стационары области госпитализируется около 1000 пациентов с неопухолевой непроходимостью. В динамике

отмечается увеличение частоты поздней госпитализации (позже 24 часов) - с 26,7% до 44,7% в структуре всех пациентов. При этом увеличение данного показателя происходило в большей степени за счёт городских пациентов (с 43,7% до 60,5%), а среди сельских пациентов этот показатель составил от 14% до 22,7%. Оперативная активность также нарастает - с 43,6% до 62,6%. Наиболее значимое нарастание оперативной активности отмечено среди сельского населения - с 39,3% до 62,3%. Послеоперационная летальность колеблется от 9,6% до 12,2%, а в 2016 году составила 8,2%. Положительной тенденцией является снижение этого показателя в сельской местности - с 10,3% до 6,4%. Во многом такая тенденция связана со своевременным переводом в областную клиническую больницу на долечивание после выполненного вмешательства. Особую настороженность вызывает летальность среди неоперированных пациентов. Она колебалась от 1,3% до 0,22%, а в 2016 году составила 1,4%. Парадокс заключается в том, что такие случаи были в городских стационарах. Результаты и их обсуждение. Основной проблемный вопрос при неопухолевой непроходимости – способ завершения резекции тонкой кишки. Следует осторожно относиться к клиническим рекомендациями о возможности наложения первичного межкишечного анастомоза при наличии назоинтестинальной интубации. Здравый смысл подсказывает ограничиться выведением одноствольной еюно- или илеостомы, если длина оставшейся кишки составляет более 50 см от связки Трейца. Увеличение числа пациентов с опухолевой непроходимостью связано с ростом заболеваемости раком ободочной кишки, несвоевременной диагностикой опухоли, а также с акцентом на диагностику этого вида непроходимости в общехирургических стационарах. Сохраняется тенденция к поздней госпитализации таких пациентов - с 68,3% до 77%, в основном за счет городских пациентов. Оперативная активность составляет 86,4% и объясняется редкой возможностью разрешить этот вид непроходимости консервативными мероприятиями. Послеоперационная летальность колеблется от 21,7% до 20%. Летальность среди неоперированных пациентов за 4 года возросла с 4% до 14,7% и была представлена пациентами только из городских ЛПУ. Положительной тенденцией при опухолевой непроходимости является нарастание удельного веса резекции кишки по сравнению с декомпрессионной колостомии (без резекции кишки) - с 54,1% до 60,1%. Подтверждением целесообразности такой тактики является

стабильные показатели послеоперационной летальности. Подобный подход не противоречит клиническим рекомендациям, особенно если ситуация расценивается как резектабельная, состояние больного позволяет перенести это вмешательство, а хирург владеет резекцией кишки по онкологическому типу. При этом надо иметь в виду, что декомпрессионная колостомика без резекции кишки выполнялась наиболее тяжелым и запущенным пациентам, в том числе поступившим и в городские ЛПУ. Выводы. Существующие рекомендации требуют пристального внимания. Возможности высококвалифицированных хирургов и условий работы дежурного стационара могут превышать рекомендуемый объем вмешательства, однако они не должны принципиально противоречить здравому смыслу.

383. Влияние билиарнозависимого панкреатита на течение калькулезного холецистита

*Алмазов А.А., Пустыльняк Ю.А., Бадаев Е.А.,
Сталева К.В., Плиева Д.М.,*

Новосибирск

НГУ (1), ГБУЗ НСО ЦКБ(2)

У пациентов с желчекаменной болезнью, осложненным билиарнозависимым панкреатитом сохраняется высокий уровень летальности, несмотря на наличие современных методов лечения и лекарственных препаратов. Настоящее время данная категория больных остается трудной для диагностики и выбора тактики хирургического лечения. Нет патогномоничного маркера диагностики и прогноза течения болезни. До конца не определен «золотой стандарт» тактики ведения пациентов данной патологии. Цель работы: Провести сравнительную оценку эффективности различных методов лечения у пациентов с желчекаменной болезнью, осложненной острым билиарнозависимым панкреатитом. Задачи: 1) Провести анализ эффективности лечения пациентов с желчекаменной болезнью, осложненной острым билиарнозависимым панкреатитом. 2) Сравнить полученные данные в зависимости от метода лечения ЖКБ, осложненной острым билиарнозависимым панкреатитом. 3) Установить

оптимальный вариант лечения, тактику ведения пациентов с данной патологией. Материалы и методы: Клинический материал: Результаты лечения пациентов с желчекаменной болезнью за 2016-2018г. Методы исследования: - Оценка результатов лечения пациентов с билиарнозависимым панкреатитом. - Распределение полученных результатов в зависимости от эффективности лечения - Статистическая обработка полученных данных с целью определения наилучшего варианта лечения билиарнозависимого панкреатита с помощью U-критерия Манна-Уитни ($p < 0,05$). - Оценка тяжести течения ЖКБ. Билиарнозависимого панкреатита, с неосложненным течением ЖКБ с помощью U-критерия Манна-Уитни Выводы: 1. Пролечено пациентов 60 человек – РХПГ(33%), экстренное оперативное лечение(33%), консервативная терапия(33%) 2. По результатам проведения сравнительного анализа на основании критериев оценки установлено, что метод РХПГ+ПСТ+ЛХЭ является предпочтительным для лечения пациентов с билиарнозависимым панкреатитом.

384. Комбинированные миниинвазивные технологии в антеградном исполнении в лечении осложнений желчно-каменной болезни

*Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Скороваров А.С.,
Султанова Р.С.*

Махачкала

ГБУ РД "Городская клиническая больница №1"

В последние годы всё большее распространение получают миниинвазивные методы диагностики и лечения осложнений желчно-каменной болезни (ЖКБ). Используют чрескожные чреспеченочные вмешательства: холангиоскопия, баллонная дилатация, литотрипсия с литоэкстракцией, стентирование, наружное и наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта (БТ). Однако, все эти миниинвазивные вмешательства не всегда используются в комплексе, при котором эффективность лечения может быть довольно высокой. Цель исследования. Оценить эффективность комбинированного применения миниинвазивных технологий в антеградном

исполнении в лечении осложнений ЖКБ. Материал и методы. Миниинвазивные технологии в лечении осложнений ЖКБ были использованы в 36 случаях. ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха наблюдалась у 8 пациентов; ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха – у 6; ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холангит, билиарный панкреатит, холестаза – у 3; постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), холедохолитиаз, механическая желтуха – у 5; ПХЭС, холедохолитиаз, холангит, холестаза – у 3; ЖКБ, калькулезный холецистит, холедохолитиаз, состояние после микрохолецистостомии – у 3; состояние после холецистэктомии и дренирования БТ по Пиковскому, резидуальный холедохолитиаз – у 5; ПХЭС, центральная обструкция холедоха, холедохолитиаз, механическая желтуха – у 2. В 11 (30,5%) наблюдениях произведена микрохолецистостомия, ЧЧХС под лучевой навигацией, затем после регресса воспалительного процесса и разрешения желтухи, при билирубине 40- 50 мкмоль/л в 9 случаях произведена антеградная баллонная дилатация БДС с дислокацией конкрементов в двенадцатиперстную кишку (ДПК); в 2 наблюдениях произведена антеградная лазерная литотрипсия, баллонная дилатация БДС с дислокацией камней в ДПК. Всем пациентам в плановом порядке была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Чреспеченочный катетер удаляли на 6-7 сутки после лапароскопической холецистэктомии. В 14 (40,0%) наблюдениях произведена ЧЧХС, затем после разрешения желтухи и холангита антеградная баллонная дилатация БДС с дислокацией камней в ДПК. В двух случаях понадобилась лазерная литотрипсия. Лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке в 6 случаях произведена. Медиана длительности нахождения чреспеченочного дренажа составила $17,6 \pm 2,2$ дня. В наблюдениях с микрохолецистостомией, пациентам с калькулезным холециститом и холедохолитиазом (3) произведена баллонная дилатация БДС с дислокацией камней в ДПК доступом через пузырь и пузырный проток под лучевой навигацией. Затем в плановом порядке произведена лапароскопическая холецистэктомия. Пациентам с дренированием холедоха по Пиковскому (5) в 2 наблюдениях произведена билиолитолапаксия через дренаж под лучевой навигацией и в 3 – баллонная дилатация БДС с дислокацией конкрементов в ДПК через катетер под лучевой навигацией. Пациентам со стриктурами холедоха в сочетании с холедохолитиазом (3)

первым этапом произведена ЧЧХС и после разрешения желтухи и холангита в 2 случаях лазерная вапоризация стриктуры + литотрипсия + литоэкстракция, а в 1 – баллонная дилатация стриктуры с дислокацией конкремента в ДПК. Вмешательство в данных случаях завершено в 1 наблюдении стентированием БТ, а в 2 – наружно-внутренним дренированием БТ. Результаты и обсуждение. На этапе дренирования БТ с целью разрешения воспалительного процесса и желтухи миниинвазивные вмешательства оказались эффективными в 32 (88,8%) наблюдениях. У 4 (11,2%) пациентов имели место холангит и желтуха затяжного характера. На последующих этапах миниинвазивных антеградных вмешательств обострение холангита отмечено у 25,0% пациентов. В 3 (8,8%) случаях имело место выпадение чрескожного чреспеченочного дренажа. Было произведено редренирование БТ. В отдаленные сроки у 2 (5,5%) пациентов выявлены конкременты в холедохе, последние извлечены ретроградным доступом. После применения комбинированной миниинвазивной технологии в антеградном исполнении летальных случаев не было. Заключение. Комбинированное использование антеградных миниинвазивных методик для лечения пациентов с осложненным течением ЖКБ является эффективным, безопасным и приоритетным пособием, особенно, у пациентов пожилого и старческого возраста.

385. Всегда ли безрецидивна противорецидивная операция при спонтанном пневмотораксе?

*Корымасов Е.А. (1,2), Беньян А.С. (2),
Стрельников А.В. (1)*

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет
2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Введение. В настоящее время ни один из существующих способов профилактики рецидивов первичного спонтанного пневмоторакса не является более эффективным, чем остальные, поэтому врач должен оценить риск и пользу каждого из них. В Международных рекомендациях обсуждаются 2

вида противорецидивных операций на плевре: плевродез (химический и механический) и плеврэктомию. Сдерживающими факторами плеврэктомию является ее травматичность, приводящая к интраоперационным кровотечениям и послеоперационному гемотораксу. Во многом это связано с несоблюдением техники и недооценкой опасных зон внутренней поверхности передней грудной стенки. Ультразвуковая плевродеструкция, получившая распространение в последнее время, создает впечатление менее травматичного варианта. Цель. Изучить эффективность ультразвуковой плевродеструкции в качестве противорецидивного вмешательства при первичном спонтанном пневмотораксе. Материалы и методы. В течение 2014-2016 гг. проведено рандомизированное клиническое исследование, в которое было включено 154 пациента. Критериями включения были: первичный спонтанный пневмоторакс, возраст до 40 лет, первый эпизод спонтанного пневмоторакса (отсутствие анамнеза), отсутствие операций на данном гемитораксе в анамнезе, буллы I-III типов R.G.Vanderschueren либо буллы типов А и В по КТ-картине, дыхательная недостаточность ДН 0-1, применение только VTS и/или VATS, согласие больного на участие в исследовании. Пациенты были распределены в 2 группы в зависимости от способа противорецидивной операции: I группа – субтотальная костальная плеврэктомию (n=80), II группа - ультразвуковая плевродеструкция (n=74). Ультразвуковую плевродеструкцию осуществляли с помощью гармонического скальпеля и рабочей насадки «шарик-коагулятор». Проводили последовательную обработку костальной плевры путем плотного соприкосновения инструмента и поверхности плевры до появления отека париетальной плевры и коагуляции мелких поверхностных сосудов. Результаты и обсуждение. Полное расправление легкого в первые сутки достигнуто у 69 пациентов (86,3%) I группы и у 68 пациентов (91,9%) II группы. Длительно существующая остаточная полость была у 9 (16,2%) и у 11 (14,9%) пациентов соответственно. Длительность пребывания в стационаре составила 4,2±0,38 суток и 7,4±0,87 суток соответственно (критерий $t = 3,37$). Длительность назначения наркотических анальгетиков была 2,2±0,38 суток и 3,4±0,25 суток соответственно (критерий $t = 2,67$). Объяснение более гладкому течению послеоперационного периода мы видим в том, что во время субтотальной плеврэктомию прерывается проведение болевых импульсов через чувствительные окончания париетальной плевры. В тоже время при ультразвуковой плевродеструкции,

наоборот, наносится раздражение на болевые рецепторы с образованием коагуляционных гранул и микроневром. Кажущаяся, на первый взгляд, травматичность плеврэктомию компенсировалась лучшими отдаленными результатами. В I группе рецидив выявлен у 1 пациента из 80 (1,25%), во II группе – у 10 из 74 человек (13,5%) [хи-квадрат 8,7, $p < 0,05$]. Не получено статистически значимого влияния: возраста, типа булл, вида хирургического доступа, способа резекции легкого, длины резекции легкого, дополнительной герметизации, длительности просачивания воздуха после операции. В I группе после видеоторакоскопической операции отмечен 1 из 18 пациентов (5,6%) и ни одного рецидива после видеоассистированных операций. Во II группе число рецидивов было соответственно 6 из 39 (15,4%) и 4 из 35 (11,4%). Выводы и рекомендации. Наиболее эффективной противорецидивной операцией является плеврэктомию. Мы рекомендуем не поддаваться на кажущуюся простоту ультразвуковой плевродеструкции. Существующую травматичность субтотальной париетальной плеврэктомию можно снизить, если тщательно соблюдать технологию вмешательства, особенно в случае видеоторакоскопического его исполнения.

386. Применение эндовидеохирургических технологий в лечении рака ободочной кишки у гериатрического контингента высокого и крайне высокого риска

Майстренко Н.А.(1), Хрыков Г.Н.(1), Меджидов О.А.(1), Халиков А.Д.(2)

Санкт-Петербург

1) Кафедра факультетской хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, г.Санкт-Петербург 2) Отделение анестезиологии и реанимации, СПбГБУЗ Городской клинический онкологический диспансер

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости органов пищеварения колоректальный рак (КРР) занимает в России прочное третье место. Доказано что с возрастом частота возникновения рака данной локализации

растет. В возрасте от 40 до 60 лет частота его возникновения составляет 8 случаев на 100 тысяч населения, а среди лиц старше 60 лет уже 150 случаев. С увеличением заболеваемости растут и показатели смертности, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, являясь второй по частоте причиной летальных исходов. Хирургическое лечение больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста сопровождается повышенной частотой осложнений и летальности, что обусловлено наличием высокого индекса коморбидности, высокого и крайне высокого операционно-анестезиологического риска. В настоящее время существуют общепринятые взгляды на выполнение «традиционных» вмешательств по поводу данной патологии у лиц пожилого и старческого возраста. Однако по данным отечественной и зарубежной литературы применение «эндовидеохирургических» (ЭВХ) технологий у лиц старших возрастных групп остается противоречивым. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 334 больных раком толстой кишки пожилого и старческого возраста, которые находились на лечении в период с 2006 по 2017 год. Пациентам выполнялись плановые оперативные вмешательства по поводу колоректального рака. Пациенты пожилого возраста составили 137(41,1%) больных, старческого 187(55,9%). Долгожителями являются 8(2,4%) пациентов. Риск ССО 1 составил у 1 (0,3%) больного, 2- 37 (11,07) больных, 3- 200 (59,88%) больных, 4 - 96(28,74%) больных. В соответствии с классификацией операционно-анестезиологического риска Американской ассоциации анестезиологов (ASA) пациенты с высоким риском ASA III – 222, крайне высоким ASA IV- 112 больных. Пациентам выполнялись как «открытые» оперативные вмешательства с ASA III-185 пациентам, с ASA IV- 95 пациентам, так и лапароскопические операции с ASA III-37, с ASA IV-17 пациентам, соответственно. Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения в группе лапароскопически оперированных больных (n=54) составили 9 (16,7%) случаев. У пациентов, прооперированных «открытым» доступом (n=280) частота осложнений составила 87 (31,1%). Анализ структуры осложнений по Clavien-Dindo показал, что в группе лапароскопически оперированных больных не только меньше осложнений, но и легче их тяжесть. Так, осложнения IV и V степени в группе больных, оперированных «открытым» доступом, составили 25 (8,9%) случаев, тогда как у больных прооперированных лапароскопически всего 1 (1,8 %) случай. Так же нами установлено, что результаты лечения с применением эндовидеохирургических

технологий помимо снижения количества осложнений, сопровождаются уменьшением объема кровопотери в 2,5 раза, количества койко-дней в стационаре. Уровень 30-дневной смертности составил при «открытых» операциях 15 (5,4%) случаев, тогда как в группе лапароскопически оперированных больных 1 (1,8%) случай. Выводы и рекомендации. Таким образом обоснованное применение ЭВХ технологий в лечении данной категории больных, несомненно приведет к улучшению качества жизни, уменьшению количества осложнений, послеоперационной летальности и времени пребывания в стационаре. Несомненно, такие распространенные причины отказов от лапароскопического лечения, как возраст пациентов, «личный опыт» хирурга с неадекватной оценкой операбельности, не должны находить широкого применения. Выбор больных для выполнения лапароскопических операций должен осуществляться совместно с анестезиологом, с применением современных шкал и индексов, определяющих операбельность пациентов данной категории. Вопрос применения ЭВХ технологий для лечения больных с тяжелой сопутствующей патологией весьма дискуссионен и требует дальнейшего изучения и анализа.

387. Изучение отдаленных результатов: может ли оно повлиять на выбор методики хирургической операции у больных с грыжами пищеводного отверстия?

Галимов О.В.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО

Бурное обсуждение проекта национальных клинических рекомендаций по грыжам пищеводного отверстия диафрагмы(ГПОД) свидетельствует о чрезвычайной актуальности проблемы. Число выполняемых операций на кардии растет с геометрической прогрессией, и у каждого уважающего себя хирурга сформировались свои убеждения по выбору метода лечения этой

категории больных, поскольку многие уже обладают большим количеством собственных наблюдений. При этом все пользуются разнообразными техническими приемами оперирования, которые постоянно развиваются и совершенствуются. Одни методики забываются (пластика круглой связкой печени, использование протеза Ангельчика и т.д.), появляются новые (магнитное кольцо (Мейо LINX), продвижение которых активно лоббируется производителями медицинского оборудования. Особенностью современного этапа «оказания медицинских услуг» больным с ГПОД является то, что хорошо информированное через СМИ население с широко распространенными симптомами гастроэзофагеального рефлюкса обращается за радикальным излечением к хирургу при минимальном инструментальном обследовании. Обычно для верификации диагноза ограничиваются рентгенологическим и эндоскопическим обследованием. В последние годы в хирургии ГПОД, подобно пластической хирургии появилось новое показание к операции – «настоятельное желание пациента». В обычных условиях пациенты после лапароскопических фундопликаций находятся в клинике 2- 5 дней и все видят непосредственные результаты (как правило в 90-95% хорошие и очень хорошие). Но что происходит в более отдаленные сроки? Группой клинических ординаторов нашей кафедры произведено выборочное изучение двухлетних послеоперационных результатов лечения у 100 больных ГПОД в нескольких клиниках г.Уфы в 2015г. Женщин было 68, мужчин - 32. Средний возраст пациентов составил 44,5 года. В выборку включены 60 пациентов, которым выполнена полная (360°) фундопликация (Ниссен), 40 пациентов парциальная (180-270°) фундопликация (Дор, Тупе, Черноусов А.Ф.). Коррекция пищеводного отверстия при его увеличении у 32 произведена диафрагмокурорафией, у 17 с использованием сетчатого протеза. Оперировали разные хирурги. В 16 случаях выполнялись симультанные операции (холецистэктомии-13, грыжесечения-3). Изучение отдаленных результатов проводили методом анкетирования. 14 пациентам удалось провести контрольное инструментальное обследование. Данные опроса удалось получить у 84. При общей оценке самочувствия по 4-х бальной шкале отличные результаты отметили 7 (8,3%), хорошие-45 (53,6%), удовлетворительные-24 (28,5%), неудовлетворительные-8 (9,5%). На вопрос насколько исчезли дооперационные жалобы и не появились ли новые, утвердительно ответили 48 (57,1%), 36 (42,9%) отметили присутствие

патологических симптомокомплексов, которые одинаково часто наблюдались после различных видов коррекции кардии. В целом удовлетворены ли вы результатами хирургического лечения? «Да» ответили 52 (61,9%) бывших пациента, «нет» - 32 (38,1%). Причем все пациенты, которым наряду с коррекцией ГПОД выполнялись сочетанные вмешательства в группе удовлетворенных результатами хирургии. 14 пациентам удалось провести контрольное инструментальное обследование. При этом у большинства (10) не выявлено отклонений от нормы, лишь у 3 пациентов диагностирован эзофагит, а у 1 больного с неполной фундопликацией по Тупе с курорафией определены рентгенологические признаки рецидива ГПОД. Выводы: Изученные нами отдаленные результаты не выявили существенной разницы послеоперационных субъективных ощущений пациентов между методиками операции (полная или неполная фундопликация). Нам представляется, что результаты операций у больных с ГПОД в большей степени зависят от строгого отбора больных для вмешательства. Показания к операции должны обосновываться на полноценных данных дооперационного клинико-инструментального обследования, с учетом выявления сопутствующей патологии.

388. Фото и видеофиксация данных — безопасность хирурга или пациента?

Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г.

Санкт-Петербург

НУЗ Дорожная Клиническая больница ОАО «РЖД»

Актуальность: В настоящее время, когда меняются социально-этические устои общества, затрагиваются многие другие аспекты жизни пациентов остро встает проблема безопасности врачей в плане привязки их деятельности к существующим стандартам и протоколам. Не существует систем, позволяющих выполнять объективную фиксацию данных в реальном времени. Те средства, которые применяются — бумажные и электронные носители истории болезни, базы данных, многочисленные журналы, протоколы операционных действий и т.д. ни коем

образом не фиксируют то, что происходит с пациентов на самом деле. С развитием телекоммуникационных средств, видеопотоколирования, привязки данных к глобальному позиционированию ситуация стала меняться — появилась возможность сбора фото и видеоматериалов (при согласии больных) и хранение их в КМИС и иных ИС. Цель: ознакомить с нашим опытом фиксации, хранения данных, вызвать дискуссию на форуме. Материалы и методы: в период с 2011 по 2018 года собран большой архив (около 1,5 Tb) данных пациентов, оперированных в 45-коечном хирургическом отделении НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД г. СПб. С внедрением КМИС появилась возможность объединить воедино фото — видео материалы с историей болезни (по годам), данные гистологических исследований, амбулаторный прием. Ежегодно на отделении проходит лечение 1500-1700 пациентов с разнообразнейшими патологиями: гнойная хирургия, онкологический профиль, герниология, гепатология, торакальная хирургия, экстренная хирургия и др. Оперативная активность высокая (более 90%). При выполнении видеоскопических вмешательств (в т.ч. лапароскопические) единым блоком записывались данные с и/б и этапы операции, включая открытые. В случае необходимости осуществлялась фотофиксация удаленного препарата. Мы использовали pinnacle video transfer usb девайс, позволяющий регистрировать данные непосредственно на съемный жесткий диск одним файлом. Стоимость комплекта девайс+диск на рынке 15 000 рублей, что по сравнению с предлагаемыми средствами видеоскопии, доступно учреждению. В ходе эксплуатации потребовалось приобрести еще 2 HDD общим объемом 3 Tb. При выполнении открытых операций фиксировались основные этапы, рутинная видеосъемка не производилась. Полученные файлы хранятся в виде каталога папок по годам и нозологиям, идентифицированные тегами, с возможностью быстрого поиска по названию патологии, фамилии пациента, даты операции. Простые случаи (ЖКБ, острый аппендицит, паховые грыжи и др. с неосложненным течением) хранятся в течении 3 лет, затем удаляются. Более интересные материалы обрабатываются (в идеале) и хранятся через 3 года уже без лишней информации. В процессе работы возникли следующие вопросы для обсуждения: насколько сбор информации регламентируется законодательством, принадлежность этих данных, в каком виде наиболее целесообразно их хранить и обрабатывать, являются ли они доказательством в

случае спорных ситуаций, какие программные средства рекомендуется использовать, как минимизировать расходы учреждения. Выводы и рекомендации: применение средств фото и видеоскопии повышает качество выполняемых операций (контроль исполнения, безопасность для больных), в случае развития осложненного течения — разбор заведующим отделением случая с выявлением возможных нарушений протокола или особенностей анатомии (безопасность для хирургов). Особенно это важно в экстренной хирургии (ночное время). Выполнение видеоскопии дежурными хирургами в нашей клинике обязательно. Облегчает сбор в научных и образовательных целях. В случае конфликтных ситуаций/осложненного течения болезни выполняется контроль/разбор данных. Возможна передача для следующих этапов лечения, наряду с данными КТ, МРТ и т.д. в том числе с помощью телемедицины. Совместно с использованием комплексных информационных систем, нозологических регистров (герниологическим, бариатрическим национальным регистром) повышает доказательность лечения.

389. Оценка роли гена MMP-12 в возникновении рецидива варикозной болезни нижних конечностей

Яровенко Г.В.(1), Лимарева Л.В.(2)

Самара

- 1) ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,
- 2) ИЭМБ СамГМУ

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей включена в список «болезней цивилизации». Международные исследования показывают, что признаки хронической венозной недостаточности отсутствуют лишь у 16,4% людей. В последние годы наблюдается тенденция к омоложению заболевания (начальные признаки болезни были выявлены у 10—15% школьников старших классов). Наиболее эффективным методом лечения варикозной болезни является оперативная коррекция, однако послеоперационные рецидивы, по данным разных авторов, возникают в 55 - 80% случаев. Высокая распространенность, омоложение

заболевания, большое количество рецидивов в последние десятилетия заставляют уделять больше внимания изучению взаимосвязи развития варикозной болезни с особенностями генома. Цель. Определение роли гена MMP-12 в возникновении «ложных» рецидивов варикозной болезни нижних конечностей. Материалы и методы. В течение 2017 г. проведен геномный анализ образцов крови, в которое было включено 50 пациентов, проходивших лечение в сосудистом отделении клиники и кафедры госпитальной хирургии СамГМУ. Критериями включения были: рецидив варикозной болезни нижних конечностей и впервые выявленное данное заболевание. Средний возраст пациентов $42,7 \pm 14,9$ лет, из них женщин 32, мужчин 18 человек. Все пациенты были разделены на две группы: I группа (n=20) — пациенты, страдающие варикозной болезнью, у которых был рецидив варикозной болезни нижних конечностей; II группа (n=30) — пациенты, впервые обратившиеся по поводу данной патологии. Для верификации диагноза использовался метод дуплексного ангиосканирования. Выделение ДНК для молекулярно-генетического тестирования из цельной венозной крови проводилось методом фенол-хлороформной экстракции по стандартной методике. Определение аллельных вариантов исследуемого гена осуществлялось методом аллель-специфичной ПЦР в RealTime-формате. Результаты и обсуждения. Нами получены следующие результаты: в I группе у 10 (50%) пациентов ген MMP-12 присутствует в гомозиготной вариации, у 6 (30%) – в гетерозиготной вариации, у 4 (20%) данный ген отсутствует. Во II группе (контроль) у 4 (13,3%) пациентов ген MMP-12 присутствует в гомозиготной вариации, у 6 (20%) – в гетерозиготной вариации и у 20 пациентов (66,7%) исследуемый ген не выявлен. Таким образом, у пациентов I группы ген MMP-12 встречается в 80% случаев (гомо- и гетерозиготной вариации), тогда как во II группе только в 33,3% случаев. Значение критерия Пирсона - 10,4 (критическое значение критерия — 6,63), следовательно, зависимость частоты рецидивов варикозной болезни и выявления гена MMP-12 — статистически значима. Уровень значимости представленной взаимосвязи соответствует $p < 0,01$. Выводы. Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что ген MMP-12 имеет взаимосвязь с частотой возникновения рецидивов варикозной болезни и может служить ранним маркером развития структурных изменений стенки вен.

390. Сравнительный анализ способов дренирования после низкой передней резекции прямой кишки

Тур Г.Е., Прохоров А.В.

Минск

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Колоректальный рак занимает третье место в структуре онкологических заболеваний. Хирургический метод является основным в лечении рака прямой кишки. Сфинктеросохраняющие операции сопряжены с высоким риском послеоперационных осложнений. Цель исследования. Провести сравнительный анализ способов дренирования после низких передних резекций прямой кишки. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 163 пациентов, которым была выполнена низкая передняя резекция прямой кишки по поводу рака. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группу включены пациенты (n = 57), которым дренирование производилось внебрюшинно через контрапертуру в промежности. Во 2 группу - пациенты (n=54), которым дренирование производилось внебрюшинно через контрапертуру в подвздошной области справа. В 3 группу включены пациенты (n=52), которым дренирование выполнялось внебрюшинно через контрапертуры в промежности и в подвздошной области справа с последующей перфузией полости таза физиологическим раствором в течение 72 часов. У всех пациентов произведено герметичное ушивание тазовой брюшины. Среди пациентов было 97 женщин и 66 мужчин. Средний возраст пациентов составил $64,3 \pm 7,7$ лет. Результаты и обсуждение. Низкая передняя резекция производилась по стандартному методу с формированием анастомоза атравматическим ручным (n=62) и механическим (n=101) способами. Разгрузочная трансверзостомия выполнена у 75 (46,0%) пациентов. Послеоперационные осложнения возникли у 48 (29,44 %) пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,9%. Послеоперационные осложнения встречались приблизительно одинаково во всех группах: несостоятельность анастомоза – 6,5 %, тазовый абсцесс – 9,3 %, перитонит – 2,2 %, промежностный кишечный свищ – 5,1 %, кишечно-влагалищный свищ – 2,2 %, гнойно-воспалительные осложнения со стороны раны – 14,0 %. У 5 пациентов

потребовалась релапаротомия, трансверзостомия. Однако, у пациентов 3 группы течение послеоперационного периода протекало более гладко, чему способствовала перфузия полости таза. Даже при возникновении несостоятельности анастомоза, перфузия позволила избежать релапаротомии и колостомии, способствовала спонтанному заживлению кишечного свища. Выводы. Применение перфузии полости таза в раннем послеоперационном периоде при возникновении осложнений позволяет избежать релапаротомии и колостомии, способствует спонтанному закрытию кишечного свища.

391. Эндоскопическая рН-метрия как метод функциональной диагностики, позволяющий выбрать правильную стратегию в фармакотерапии острых язвенных поражений желудка и ДПК

*Мамыкина В.С. (1,1), Ступин В.А. (1,1),
Силуянов С.В. (1,1), Яковлев Г.А. (2,2),
Сапунов В.В. (1,3), Махмудова А.К. (1,3),
Милюшкова Т.М. (1,3), Першин В.В. (1,3)*

Москва, 2) Фрязино

1) Кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2) ЗАО Научно-производственное предприятие «Исток-Система», 3) ГКБ №15 им. О.М. Филатова

Актуальность. В последние годы наблюдается увеличение количества пациентов с острыми эрозивными и язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ, которые в 50-60% осложняются ЖКК. Несмотря на использование в лечении таких пациентов антисекреторных препаратов, при развитии ЖКК летальность достигает 35-80% в зависимости от тяжести состояния пациента, возраста, сопутствующей патологии. Способом экспресс-диагностики кислотозависимых поражений слизистой желудка и ДПК является эндоскопическая рН-метрия. Проведение эндоскопического рН-зонда через биопсийный канал эндоскопа и измерение рН занимает 3-5 мин. Эндоскопическая рН-метрия позволяет с этапа первой ЭГДС ориентироваться в фармакотерапии острых эрозивно-язвенных поражений желудка.

При использовании рН-зонда с кольцевым электродом показания ацидогастрометра остаются практически стабильными и существенно не зависят от времени контакта рН-зонда со слизистой оболочкой. В ГКБ №15 им. О.М. Филатова 93 пациентам с ЖКК проведена эндоскопическая рН-метрия. Мужчин – 54 (от 20 до 83 лет), женщин – 39 (от 25 до 87 лет). Пациентов пожилого и старческого возраста – 47 (44%). Кровотечение возникло из острой язвы желудка – у 21 пациента, из острой язвы ДПК – у 31 пациента, из хронической язвы желудка – у 3 пациентов, из хронической язвы ДПК – у 21 пациента, из сочетанных хронических язв желудка и ДПК у 2 пациентов, из множественных острых язв желудка у 12 пациентов, из множественных острых язв ДПК у 3 пациентов. 75 пациентов имели высокий коморбидный фон. ИБС страдали 48 пациентов, ГБ – 70 пациентов, СД – 15 пациентов, ЦВБ – 20 пациентов, ХОБЛ – 3 пациента, заболевания почек были у 7 пациентов. Одно сопутствующее заболевание наблюдалось у 18 пациентов, два и более у 57 пациентов. Этиология ЖКК – стресс предшествовал развитию ЖКК у 10 пациентов, лекарственная терапия ulcerогенными препаратами у 68 пациентов, прием алкоголя у 7 пациентов, СПОН наблюдался 12 пациентов, при этом у 3 из них проводилась терапия сопутствующей патологии ulcerогенными препаратами. НПВС принимали 45 пациентов, антикоагулянты 15 пациентов, 8 пациентов получали лекарственную терапию по поводу СПОН. Высокий риск рецидива (по клиническим данным низкие показатели Hb, Ht и активность кровотечения F I, II A,B) был у 27 пациентов (25%). Рецидив ЖКК возник у 20 пациентов (19%) однократно и у 2 пациентов (1,8%) повторно. По результатам эндоскопической рН-метрии кислотозависимые поражения наблюдались у 35 пациентов (32,5%) из которых острые язвы желудка были у 10 (у 2 множественные), острые язвы ДПК у 11, хронические язвы ДПК у 13, хроническая язва желудка у 1 пациентки; кислотонезависимые поражения у 58 пациентов (67,5%), из которых острые язвы желудка наблюдались у 23 (у 10 множественные), острые язвы ДПК у 23 (у 3 множественные), хронические язвы желудка у 2, хронические язвы ДПК у 8, сочетанные хронические язвы желудка и ДПК у 2 пациентов. Выводы и рекомендации. Эндоскопическая рН-метрия позволила расширить информативность ЭГДС. Достоинствами этого метода являются: возможность визуального контроля при измерении рН и точного определения границ кислотопродуцирующей и ощелачивающей зон желудка, простота и быстрота исполнения.

Исследование позволяет выбрать оптимальную стратегию лекарственной терапии у пациентов с ОГДЯК с учетом кислотности у каждого конкретного пациента. У пациентов с гипо- и анацидностью в зонах кислотообразования и функционирующими механизмами защиты нет показаний для использования антисекреторных препаратов из-за клинических и экономических соображений. В лечении таких пациентов необходимо применять гастропротективные препараты. Учитывая высокую долю среди пациентов с ОГДЯК лиц пожилого и старческого возраста с высоким коморбидным фоном, необходимо стремиться к компенсации сопутствующей органной патологии. Пациентам, которым проводится терапия ulcerогенными препаратами по возможности необходимо отменять или уменьшать дозу НПВС или антикоагулянтов (под контролем МНО и АЧТВ).

392. Полирезистентные микроорганизмы: стоит ли с ними считаться?

Земляной А.Б.?, Зеленина Т.А.?, Шнейдер О.В.?

Москва, Санкт-Петербург

? ФКГУЗ Главный клинический госпиталь МВД России? ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова" МО России;?ФГБУ "РНИИ травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена" Минздрава России

Цель: Определить значение полирезистентных микроорганизмов в развитии инфекционного процесса и его неблагоприятных исходов у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы в рутинной хирургической практике. Материалы и методы: В исследование включено 58 больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы, поступивших на отделение гнойной хирургии городской больницы по экстренным показаниям для хирургического лечения. С целью микробиологического исследования выполняли биопсию раны на следующий день после операции и через 2 недели пребывания в стационаре. В исследование не вошли больные в критическом состоянии, с тяжелой соматической патологией и клинически значимой ишемией нижних

конечностей. Во всех случаях в качестве эмпирической антибиотикотерапии пациенты получали цефтриаксон. Статистический анализ выполнен с помощью программы STATISTICA v. 10, количественные переменные представлены как средняя \pm ошибка средней, применялись непараметрические методы (критерий Манна-Уитни), χ^2 для качественных переменных. Результаты: Средний возраст пациентов $57,8 \pm 1,99$ лет, длительность СД 2 типа $10,4 \pm 1,0$ лет. Вскрытие гнойного очага выполнено в 38 случаях (65,5%), в 20 случаях (34,5%) ампутации на уровне стопы. Площадь послеоперационных ран $16,7 \pm 2,57$ см². Степень инфицирования послеоперационных ран PEDIS 2 диагностирована у 17 больных (29,3%), PEDIS 3 - 36 (62,1%), PEDIS 4 у 5 пациентов (8,6%). В 83% случаев выявлено ? 2 возбудителей инфекционного процесса. Staphylococcus aureus определен в 68% посевов (из них MRSA в 42% случаев), Corynebacterium в 24,5% посевов (из них полирезистентных штаммов 85,7%), Acinetobacter baumannii в 18,9% случаев (в том числе 71,1% резистентных к ципрофлоксацину, 42,9% резистентных к карбапенемам), Proteus mirabilis в 15% посевов (резистентных к ципрофлоксацину 87,5%). Всего полирезистентных микроорганизмов выделено у 64% больных. У этих пациентов чаще выполнялись ампутации ($\chi^2=3,09$; $p=0,07$), риск малых ампутаций возрастал в 1,8 раз. Через 2 недели после операции у 61,1% больных с полирезистентными возбудителями гнойно-некротического процесса размер ран оставался прежним, либо уменьшился < 20%, либо потребовались дополнительные операции ($\chi^2=3,47$; $p=0,06$). Риск неудовлетворительного заживления возрастал в 4 раза. Выводы: Полирезистентные микроорганизмы следует ожидать у большинства больных (75%) с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы, потребовавших выполнение малых ампутаций. При выборе у этих пациентов для эмпирической антибиотикотерапии цефалоспоринов 3 поколения, более чем в 60% случаев заживление послеоперационных ран не наблюдается.

393. Опыт лапароскопических фундопликаций в модификации floppy-Nissen в Ульяновской области

Тонеев Е.А.,(1), Морозов В.С. (1),
Шамсутдинов С.М.(2), Чавкин П.М.(2),

Ульяновск

1) ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер 2) ГУЗ УОКЦСВМП

Введение. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одним из наиболее распространенных вариантов нарушения висцеральной анатомии. По распространенности ГЭРБ занимает первое место среди гастроэнтерологических заболеваний. В России распространенность ГЭРБ составляет 18–46%. Одной из ведущих осложнений ГПОД является возникновение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которая значительно снижает качество жизни. К основным осложнениям ГЭРБ при ГПОД следующие: кровотечение, пептическая язва, стриктура пищевода, а также формирование пищевода Баррета (ПБ). Отдельно следует отметить внепищеводные осложнения ГПОД, которые могут вызывать формирование бронхиальной астмы, нарушение сердечного ритма. Мы в своей практике используем методику floppy-Nissen, эффективность которой доказана несколькими крупными клиническими исследованиями. Основной особенностью данной методики заключается в формировании более короткой манжеты в 1,5-2 см. Доказано, что она не уступает в антирефлюксных свойствах и дает меньше послеоперационных осложнений, чем классическая фундопликация по Nissen с длинной манжеты 3-4 см. Цель исследования – продемонстрировать собственный опыт выполнения лапароскопической фундопликации в модификации floppy-Nissen. Методы и результаты исследования. Отбор пациентов, которым показано оперативное лечение осуществлялся по совокупности критериев отечественных и американских гастроэнтерологических обществ. Основными из которых были следующие: неэффективности консервативной терапии, быстрый возврат симптомов ГЭР после завершения лечения, наличие не купируемых внепищеводных осложнений ГПОД. Всего за 2015-2017 год было выполнено в двух хирургических стационарах 17 лапароскопических фундопликаций. Структура пациентов была следующей: мужчин было 10 (59%), женщин 7 (41%

), средний возраст составлял 43-55 лет. До операции у 10 (59%) пациентов ведущей жалобой была изжога, возникающая минимум 3-4 раза в неделю, у 5 (29%) отмечалась регургитация желудочного содержимого и у 2 (11%) — дисфагия. 8 (43%) имели эзофагит I или II степени (классификация Savary-Miller), 9 (57%) — эзофагит III степени, с изъязвлениями не поддающихся длительному консервативному лечению. Средняя продолжительность операции 127 мин (от 85 до 315 мин). Конверсия была совершена в одном случае, причиной стала техническая невозможность выделить пищевод от ножек диафрагмы, ввиду спаечного процесса. В послеоперационном периоде осложнения были следующие: у 3 (17%) отмечалась дисфагия 1 степени, которая купировалась в течении 3-5 недель на фоне консервативной терапии. У 1 (5%) имелась дисфагия 2 степени, которая потребовала более длительной консервативной терапии, полностью данный симптом купировался через 6 месяцев. На данный момент только у двух пациентов отмечается дисфагия 1 степени при переизбавлении и приеме грубой пищи. Других осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не отмечалось. Средний койко-день был 5,6 дней. Оценка качества жизни оценивалась с помощью опросника SF-36, до и после оперативного лечения. У всех пациентов имелась значительное увеличение данного показателя во всех 8 шкалах в послеоперационном периоде. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 до 28 месяцев. Ни один из оперированных больных не сообщил о повторном возникновении симптомов ГЭР. Выводы. 1. Выполнение фундопликации в модификации floppy-Nissen эффективно контролирует симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Явлений рефлюкса и изжоги не наблюдалось 2. Данная модификация сопровождается низким числом осложнений, которые хорошо поддаются консервативной терапии. 20% пациентам с легкой степенью дисфагии, потребовалась консервативная терапия с удовлетворительным результатом.

394. Возможности видеолaparоскопии в экстренной абдоминальной хирургии

*Черкасов М.Ф. (1), Турбин М.В. (2),
Бондаренко В.А. (2), Устименко И.В. (2)*

Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
- 2) МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону

Лапароскопическая хирургия стала "золотым стандартом" при использовании в плановой хирургии. Внедрение видеолaparоскопии в неотложную абдоминальную хирургию, помимо преимуществ малоинвазивных операций (малая травматичность, короткие сроки реабилитации и др.) имеет диагностическую ценность. Возможности видеолaparоскопии в диагностике острой хирургической патологии превышают возможности других инструментальных методов, таких как УЗИ, КТ, МРТ. Хирургическое отделение МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону использует видеолaparоскопию для диагностики и лечения urgentных хирургических больных с 1994 г. В отделении хирургии за 2007 - 2016 гг. пролечено 22020 пациентов, оперировано 18937 больных. Видеолaparоскопические операции выполнены у 14742 пациентов. Таким образом доля видеолaparоскопических вмешательств составила 77,85%. С 2007 по 2016 гг. 5084 больным с клиникой острого аппендицита выполнена видеолaparоскопия. Несмотря на явную клинко-лабораторную картину острого аппендицита во время видеолaparоскопии диагноз подтвержден у 79% больных. У 21% больных были выявлены патологические очаги другой локализации либо хирургическая патология отсутствовала. Во время видеолaparоскопии определялось расположение червеобразного отростка определялись показания к лапароскопической или открытой операции. Частота конверсии (переход на открытую операцию) составила 1,4%. Используя видеолaparоскопию при остром холецистите диагноз подтвержден у 95% пациентов с клиникой острого холецистита. При верификации диагноза у 97% пациентов операция выполнена видеолaparоскопически, 3% больных потребовалась конверсия. При выполнении видеолaparоскопической операции у пациентов с острым холециститом "рутинно" выполняем дренирование холедоха мочеточниковым катетером (Патент RU 2218949). Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 72,8% больных. Показаниями к дренированию холедоха

считаем: расширение пузырного протока, признаки холангита, мелкие камни в просвете желчного пузыря, уплотнение стенки гепатикохоледоха, подозрение на аномалию желчевыводящих путей и т.д. У пациентов с острым панкреатитом при неэффективности консервативной терапии, сопутствующем деструктивном панкреатите, нарастающей механической желтухе оперативное лечение начинаем с выполнения видеолaparоскопии. Всего пролечено 905 больных с острым панкреатитом. Видеолaparоскопию выполнили 199 пациентам. Лапароскопические вмешательства при остром панкреатите заключаются в санации брюшной полости, удалении экссудата, капсулотомии, дренирования сальниковой сумки, холецистостомии, ЛСХЭ, дренировании брюшной полости. Использование видеоэндхирургических технологий при остром панкреатите у 93 % пациентов, прооперированных лапароскопически, позволило избежать "открытых" операций. Лишь 7% больным в послеоперационном периоде в связи с абсцедированием выполнены открытые вмешательства. Видеолaparоскопические вмешательства у пациентов с острой кишечной непроходимостью в 2007-2016 гг. использованы у 67 из 428 больных с острой кишечной непроходимостью. Считаем видеолaparоскопию особенно показанной у пациентов с клиникой непроходимости при отсутствии рентгенологического подтверждения, что в большинстве случаев наблюдается при странгуляционной непроходимости со сдавлением брыжейки тонкой кишки, когда задержка в операции может привести в короткие сроки к некрозу тонкого кишечника. В хирургическом отделении оперировано 428 больных с острой кишечной непроходимостью. Также немаловажное значение видеолaparоскопия имеет при ликвидации ранней спаечной непроходимости, что выполнено 7 больным после операций по поводу деструктивного аппендицита. Острая спаечная непроходимость устранена эндохирургическим методом у 55 (13%) пациентов, из них рассечен штрэнг у 38 (69%) больных, ликвидировано узлообразование - у 6 (11%), разделены петли тонкой кишки спаянные в виде двустволки - у 11 (20%). За период с 2007 по 2016 гг. пролечено 363 пациента в прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Прободная язва выходного отдела желудка встретилась у 127 (35%) больных, двенадцатиперстной кишки - у 236 (65%) больных. Эндовидеохирургическая техника ушивания перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки была применена у 84 пациентов, что составило 23%. Диагностическая лапароскопия

при прободной язве позволяет уточнить локализацию, размеры перфорации, выраженность перифокальной воспалительной инфильтрации, распространенность перитонита и характер экссудата в брюшной полости. Видеолапароскопия в неотложной хирургии позволяет своевременно установить диагноз, выполнить динамическую видеолапароскопию, устранить сопутствующую патологию, диагностировать и в ряде случаев ликвидировать послеоперационные осложнения. Видеолапароскопические операции легче переносятся больными, уменьшается количество осложнений, снижаются сроки пребывания пациентов в стационаре и период реабилитации.

395. Диагностика и видеоэндохирургическое лечение прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Турбин М.В., Бондаренко В.А., Погребняк И.В., Устименко И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону

С 2007 по 2016 гг. в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону пролечено 363 пациента с прободными язвами желудка и 12-перстной кишки. Эндоскопическое ушивание прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки выполнено у 84 пациентов. Таким образом, доля лапароскопических вмешательств при прободных язвах составила 23%. Прободная язва выходного отдела желудка встретилась у 31 (36,9%) больных, двенадцатиперстной кишки – у 53 (63,1 %) больных. При поступлении всем пациентам с клиникой прободной язвы выполняем рентгеновское исследование органов брюшной полости, анализы крови, мочи. При отсутствии на рентгенограмме признаков прободения полого органа выполняем фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), затем повторяем рентгеновское исследование. Следует отметить, что у 27 % пациентов с клиникой прободной язвы при первичном рентгеновском исследовании отсутствовали признаки прободения полого органа, и лишь после ФГДС верифицирован диагноз. При выполнении видеолапароскопического ушивания прободных язв

считаем обязательным выполнение фиброгастродуоденоскопии для определения локализации и размеры язвенного дефекта, признаков кровотечения из язвы, множественных язв. ФГДС выполняем как на этапах обследования, так и интраоперационно. Все операции начинаем с выполнения диагностической видеолапароскопии, во время которой верифицируем диагноз, определяем показания к видеолапароскопическому ушиванию, либо к "открытой" операции. Определяющую роль в выборе показаний к видеолапароскопическому ушиванию считаем размеры перфоративного отверстия (не более 5 мм для луковицы 12-перстной кишки и не более 10 мм для желудка) и распространенность перитонита. Видеолапароскопическое вмешательство не противопоказано при местном неотграниченном или диффузном серозно-фибринозном перитоните. Наличие стеноза выходного отдела желудка и/или кровотечения из язвенного дефекта считаем противопоказанием к видеолапароскопической операции. Перфоративное отверстие ушиваем отдельными узловыми интракорпоральными швами в поперечном направлении, место ушивания перитонизируем пряжью большого сальника. С целью предотвращения «распускания» первого узла используем двойной узел. Узлы вяжем интракорпорально. Для введения нити с иглой заранее делаем контрапертуру, через которую с помощью корнцанга вводим нить, захватив зажимом иглу. Контрапертуру впоследствии используем для дренирования. При размерах перфорации более 5 мм ушивание выполняем в 2 ряда. Брюшную полость дренируем трубчатыми и перчаточными дренажами в малый таз и к месту ушивания прободной язвы. Среднее время пребывания в стационаре составило 5,5 койко-дней. Осложнения развились у 2 пациентов (1,19%). У одного больного на вторые сутки послеоперационного периода отмечено поступление дуоденального содержимого по дренажам, диагностирована несостоятельность швов. Выполнена лапаротомия, повторное ушивание язвы, послеоперационный период протекал гладко, пациент выписан на 10 сутки послеоперационного периода. У второго больного в связи с гипертермией в послеоперационном периоде через 2 недели после операции выявлен внутривисцеральный абсцесс, выполнена его пункция и дренирование под контролем УЗИ. Летальных исходов не было. Лапароскопический метод ушивания менее травматичен, снижает сроки пребывания в стационаре и период реабилитации. Чтобы избежать осложнений, связанных с его

применением следует соблюдать показания и противопоказания к его применению.

396. Факторы риска развития резистентного к дренированию экссудативного плеврита

Плаксин С.А., Фаршатова Л.И.

Пермь

ФГБОУ ВО Пермский государственный
медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера

Экссудативный плеврит ежегодно диагностируется у полутора миллионов пациентов. Далеко не всегда удаление выпота приводит к быстрому купированию экссудации. Длительное нахождение дренажей в плевральной полости может привести к развитию эмпиемы плевры. Цель исследования – определить факторы риска затяжного течения плеврита и резистентности к дренированию плевральной полости. Материалы и методы. В период с 2013 по 2017 гг. в торакальном отделении Пермской краевой клинической больницы на лечении находились 380 пациентов с экссудативными плевритами различной этиологии. Средний возраст больных равнялся 54±15,6 годам. Практически каждый второй плевральный выпот был обусловлен канцероматозом плевры (44,7%), в 74 случаях (19,5%) – пневмонией. Туберкулезный плеврит встретился у 53 пациентов (14%). В 25 случаях (6,6%) диагностирован посттравматический плеврит, с такой же частотой панкреатогенный (6,6%) и выпот, как осложнение цирроза печени и хронической болезни почек и сердечной недостаточности (6,6%). Тактику ведения определяли исходя из объема плеврального выпота, функционального статуса пациента, наличия коморбидного фона. Результаты и их обсуждение. Только плевральные пункции были выполнены 30 больных (7,9%), слепое дренирование плевральной полости – 28 больным (7,4%). Видеоторакокопия с биопсией плевры была выполнена 322 пациентам (84,7%). Всех пациентов с дренажами разделили на 2 группы в зависимости от сроков дренирования. В первую группу со сроком дренирования от 1 до 5 суток вошел 231 пациент (66%). Остальные 119 человек (34%) составили группу резистентных к дренированию больных со

сроками нахождения дренажей от 6 суток и более. Наиболее длительные сроки дренирования плевральной полости, в среднем 15,8±9,4 суток, наблюдались у пациентов с туберкулезным плевритом (25 человек – 48,1%). Это обусловлено тем, что плевральная полость при этой патологии дренируется до полного прекращения экссудации. При плевритах другой этиологии дренажи удаляли при экссудация менее 100 мл в сутки. У пациентов с транссудатами вследствие хронической болезни почек, сердечной недостаточности и цирроза печени в стадии декомпенсации (8 человек – 42,1%) средние сроки дренирования составили 13,9±8,9 суток. Во всех восьми случаях интраоперационный плевродез тальком (у семи человек) и трихлоруксусной кислотой (у одного человека) оказались неэффективными, что потребовало повторного химического плевродеза через дренаж. Среднее время дренирования панкреатогенного плеврита, в связи с повышенной экссудацией, составило 10,1±4,1 суток. Эти больные (8 человек – 36,4%) представляли собой соматически наиболее тяжелую группу. Из 161 оперированного пациента с метастатическим выпотным плевритом у 52 (32,3%) дренажи находились в плевральной полости более 6 суток, в среднем 13,5±7,8 суток. В 8 случаях длительное дренирование было обусловлено наличием бронхо-плеврального свища ятрогенной природы после ранее выполненных плевральных пункций. Эти пациенты были оперированы по поводу гидропневмоторакса. В 35 случаях злокачественного выпота причиной длительного дренирования была продолжающаяся экссудация, несмотря на интраоперационный плевродез тальком. Для купирования экссудации этой группе больных выполнялось от 1 до 5 сеансов плевродеза комбинациями растворов повидон-иода и 40% глюкозы через дренаж. В 9 случаях препятствием к удалению дренажей стало коллабированное, ригидное вследствие канцероматоза плевры, легкое. Реже всего длительное нахождение дренажей в плевральной полости наблюдалось у пациентов с пара- и метапневмоническими экссудативными плевритами (26,5%) со средним сроком 12±4,6 суток. Выводы. 1. Фактором риска длительного дренирования плевральной полости является этиология экссудативного плеврита. Длительному дренированию наиболее подвержены туберкулезные, кардиогенные, нефрогенные и гепатогенные плевриты. 2. Причиной длительного дренирования плевральной полости служат также ятрогенные бронхоплевральные свищи после плевральных пункций и ригидное легкое вследствие канцероматоза плевры. 3. В случаях затяжных

плевральных выпотов при неэффективности интраоперационного плевродеза целесообразно применение повторного химического плевродеза через дренаж сочетанием растворов повидон-йода и 40% глюкозы.

397. Лечение трофических язв и длительно незаживающих ран излучением эрбиевого лазера (первый опыт в России).

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

Екатеринбург, 2) Минск, 3) Минск

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

Число методов лечения трофических язв (ТЯ) и длительно незаживающих (ДН) ран приближается к десяти тысячам. Это подтверждает недостаточную эффективность имеющихся методов и необходимость поиска новых. Лечение пациентов с ТЯ и ДН ранами сложное, длительное и высокочувствительное. В Екатеринбурге в клинике «Линлайн» мы впервые в России применили разработанный в Беларуси метод лазерного дебридмента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения Er:YAG лазера (Евразийский патент № 021139 «Способ обновления биологических тканей и устройство для осуществления способа». Первым этапом воздействуют на поверхность ТЯ излучением эрбиевого лазера, работающего в импульсном режиме, с целью санации гнойно-некротического очага и удаления нежизнеспособных тканей методом абляции (вапоризации). За счет оптимизации временных параметров лазерных импульсов происходит удаление нежизнеспособных тканей, стерилизация раневых поверхностей без перегрева подлежащих слоев. На втором этапе для восстановления трофики и стимуляции роста новых тканей используется пространственно модулированное излучение YAG:Er лазера, которое создает упорядоченные области микроабляции. Генерирующиеся взрывные акустические волны образуют области

механического микротравмирования, которые находятся в окружении нетравмированных тканей, не оказывают на их функционирование никакого воздействия. Благодаря такого рода воздействию происходит улучшение капиллярного кровоснабжения, рост новых тканей - запускается механизм репаративной регенерации по типу реституции. Клинические исследования проводились в 9-й ГКБ г. Минска. С 2013 г. по 2016 г. метод применен у 28 пациентов с локализацией ТЯ на нижних конечностях (2 - нейротрофические, 20 - венозные, 3 - ишемические (артериальные), 3 - при диабетической ангиопатии). Возраст пациентов - от 29 до 86 лет. Площадь язв до начала лечения была от 1 до 20 см², средняя - 4,13см². У 15 пациентов метод применен для лечения длительно незаживающих ран передней брюшной стенки после многократных релапаротомий по поводу панкреонекроза, перитонита, реконструктивных хирургических вмешательств. Длительность существования ДН составила от 16 дней до 4 месяцев. Процедуры выполняли ежедневно в виде монометода. Полное закрытие язвенного дефекта произошло через 2 месяца у 15 пациентов, через 4 месяца — у 4. Болевой синдром значительно уменьшался или исчезал после 1 – 2 сеансов лечения эрбиевым лазером. После подготовки поверхности 3 пациентам выполнена аутодермопластика с заживлением язв. Обработка ДН ран излучением эрбиевого лазера и стимуляция репарации позволили в течение 3-14 дней подготовить раны к закрытию вторичными швами. Заживление ран наступило на 17-64 сутки от начала обработки. Лечение применялось как в виде монометода, так и в комплексе с другими (VAC-терапия). Осложнений и побочных эффектов не отмечалось. В клинике «Линлайн» (Екатеринбург) лечилось 12 пациентов: 3 с послеоперационными ДН ранами, 4 – с синдромом диабетической стопы, 2 – с венозными ТЯ, 1 – с нейротрофическими посттравматическими язвами, 2 – с трофическими расстройствами без язвы. Сроки существования ТЯ и ДН ран - от 1 месяца до 1 года. Размеры дефектов были от 0,7х0,7 см до 7,3х4,0 см, глубина от 0,1 см до 1,5 см. Количество процедур от 1 до 11 с промежутками между процедурами от 1 до 7 дней. У всех пациентов отмечена положительная динамика: у 5 - ТЯ и ДН раны зажили, еще у 5 - уменьшение в размерах на 66-75%, у 2 – значительно уменьшились трофические расстройства. Применение метода излучения Er:YAG лазера в лечении ТЯ и ДН ран является эффективным и может применяться как в виде монометода, так и в комплексной терапии.

398. Динамика прокальцитонина и лизоцима в биологических жидкостях у пациентов с аппендикулярным перитонитом

*Мусагалиев А.А., Луцева О.А.,
Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А.,
Коханов А.В.*

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Стертость клинических данных, 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 качестве стандартного прогностического маркера бактериальных инфекционных осложнений заслуживает внимание прокальцитонин (ПКТ). Появление отечественного иммуноферментного набора для количественного определения ПКТ взамен иммунохемилюминисцентного анализа сделало доступным этот тест практически для любого хирургического отделения. Аналогично в настоящее время хирургам стало доступно количественное определение важнейшего фактора антибактериальной защиты ? лизоцима (ЛЗЦ) методом ИФА, сменившего сложный метод определения активности лизоцима по лизису микрококка. Цель работы: исследовать динамику прокальцитонина и лизоцима в различных биологических жидкостях у пациентов с аппендикулярным перитонитом различной степени тяжести. 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. Концентрацию белков в сыворотке крови и перитонеальной жидкости определяли с помощью наборов для ИФА Вектор Бест для ПКТ и AssayPro Human Lysozyme

ELISA для ЛЗЦ. Для определения нормальных значений ПКТ и ЛЗЦ вычисляли средние значения в сыворотках крови 20 доноров. Результаты и их обсуждение. Уровни ПКТ и ЛЗЦ в сыворотке крови у пациентов с ограниченным перитонитом на 3-й день и 7-й день после операции достоверно не отличались от контрольных значений доноров ($0,05 \pm 0,08$ и $6,1 \pm 0,8$ нг/мл соответственно). В группе пациентов с неотграниченным аппендикулярным перитонитом на 3-й день уровни белков составили $0,6 \pm 0,15$ нг/мл и $21,9 \pm 2,4$ нг/мл соответственно, что достоверно ($p < 0,05$) в 12 и 3,6 раза выше, чем в сыворотках доноров, но к 7-му дню показатели ПКТ и ЛЗЦ снижались до нормальных значений. У пациентов с распространенным перитонитом уровни белков на 3-й день составили $1,2 \pm 0,20$ нг/мл и $34,5 \pm 6,1$ нг/мл, а к 7-му дню показатели ПКТ и ЛЗЦ продолжали нарастать до $3,7 \pm 0,52$ нг/мл и $42,1 \pm 7,3$ нг/мл соответственно. Содержание ПКТ и ЛЗЦ в перитонеальной жидкости во многом зависело от степени дилуции, но общие тенденции для сыворотки и жидкости из дренажей у пациентов 2-й и 3-й групп после пересчета на общий белок тесно коррелировали между собой. Выводы. Мониторинговое изучение концентрации ПКТ и ЛЗЦ в раннем послеоперационном периоде является информативным методом исследования, позволяющим прогнозировать развитие послеоперационных инфекционных осложнений в абдоминальной хирургии.

399. Кровотечения при портальной гастропатии - тактика хирурга

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

Москва

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

Актуальность: Цирроз печени и его осложнения входят в десятку наиболее частых причин летального исхода в РФ. Синдром портальной гипертензии, осложненный кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка и

геморрагии сопровождающие портальную гипертензионную гастропатию занимают лидирующие позиции в структуре летальности у пациентов данной группы. Целями и задачами исследования стало проведение оценки эффективности препаратов из группы синтетических аналогов соматостатина в сочетании с современными методами эндоскопического гемостаза у больных с состоявшимся кровотечением при портальной гастропатии. Материалы и методы: Дизайн исследования предполагал формирование двух групп пациентов, при лечении которых в первом случае применяли комбинацию эндоскопических методов (аргоноплазменная коагуляция и/или EndoClot) в сочетании с введением синтетических аналогов соматостатина (Октреотид) сразу после остановки кровотечения. В эту группу (основная) вошло 47 пациентов, которым данное лечение проводилось с целью профилактики рецидива кровотечения. Во второй группе (контрольной) было 29 больных для лечения которых применялись синтетические аналоги соматостатина (Октреотид) в качестве монотерапии. Всего в исследовании приняло участие 76 больных, гомогенных по половозрастному составу, которые проходили стационарное лечение в ГKB 36 им. Ф.И. Иноземцева. Основной диагноз у всех больных включал цирроз печени, синдром портальной гипертензии, осложненный состоявшимся кровотечением. При этом источником кровотечения во всех случаях выступали патологические изменения слизистой характерные для портальной гастропатии различной степени тяжести. Во всех случаях Октреотид вводился внутривенно болюсно в дозировке 100 мкг тотчас после окончания экстренной ЭГДС. Последующее введение препарата проводилось внутривенно капельно в дозировке 25 мкг в час в течение трех суток. С 4-х суток препарат вводили подкожно, при этом поддерживая дозировку 600 мкг в сутки на протяжении еще трех дней. Полученные результаты: Стоит отметить отсутствие наблюдаемых побочных эффектов на введение Октреотида у больных основной группы. В основной группе не наблюдалось как летальных исходов, так и рецидивов кровотечения. В контрольной группе имели место 2 рецидива кровотечения (6.89%), при этом оба пациента скончались на фоне прогрессирования явлений печеночно-клеточной недостаточности. При контрольной ЭГДС в обеих группах отмечено улучшение состояния слизистой желудка, тяжесть портальной гастропатии уменьшилась. Обсуждение и выводы: Следует сделать вывод, что применение синтетических

аналогов соматостатина в сочетании с современными методами эндоскопического гемостаза позволяют значительно снизить риск рецидива геморрагии и улучшить результаты лечения у пациентов данной группы.

400. Цитологическая диагностика папиллярного рака в дооперационном периоде путем определения BRAF-мутации в узловых образованиях щитовидной железы.

Исаев Г.Б., Шукурова Г.И.

Баку

Научный Центр Хирургии им М.А.Топчубашова

Ключевые слова: папиллярный рак щитовидной железы, BRAF-мутация Введение: среди злокачественных опухолей щитовидной железы папиллярный рак (ПРЩЖ) является наиболее распространенным гистологическим типом. Возможности тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ) в отношении выявления ПРЩЖ ограничены. Учитывая вышеуказанное, для повышения диагностической точности цитологического исследования пунктатов из узлов ЩЖ начали использовать определение мутаций гена BRAF. Ген BRAF имеет множество мутаций, однако V600E представляет самую высокую частоту. Считается, что наличие мутации V600E может демонстрировать взаимосвязь с клинико-патологическими характеристиками пациентов, однако в литературе остается некоторая противоречивость. Цель исследования – в дооперационном периоде путем определения мутации гена BRAF в пунктате из узлов ЩЖ повысить диагностическую ценность тонкоигольной аспирационной биопсии. Материал и методы: мы искали базы данных PubMed, EMBASE и CochraneLibrary для выявления всех потенциальных клинических исследований, опубликованных до ноября 2017 года, которые сообщили о BRAFV600E и агрессивном клиническом поведении ПРЩЖ. После этого составили план исследования, куда были включены 36 больных с узловыми образованиями ЩЖ, у которых при ТИАБ на цитологическом исследовании были выявлены ПРЩЖ (32) и фолликулярный рак щитовидной железы (ФРЩЖ (4)); женщин было- 29, мужчин- 7. Возраст больных

31±11,6 лет. Для проведения тонкоигольной аспирационной биопсии использовали стандартные иглы № 22 длиной 4 см с наружным диаметром 0,8 мм. Пункцию проводили стерильным шприцом 10-20 мл без предварительного обезболивания. При выполнении пункции конец иглы визуализировался на мониторе ультразвукового аппарата, что позволяло прицельно направлять его в место пункции. Методика выделения ДНК заключалась в депарафинизации срезов ксилолом и этанолом и последующей обработке образца протеиназой К в течение ночи. После выполнения биопсии полученный материал помещали в стерильную пробирку, содержащую 2 мл PBS-буфера (Santa Cruz Biotechnology, США) и 142 мкл ACD-A-буфера (Haemonetics, США) и перемешивали переворачиванием. Затем 300 мкл полученного раствора аспирировали центрифугировали при 13 000 об/мин в течение 10 мин, супернатант частично удаляли, оставив для выделения осадок и 100 мкл надосадочной жидкости. Выделение ДНК осуществляли с помощью комплекта реагентов ПРОБА-НК (ООО «ДНК-Технология», Москва) согласно прилагаемой инструкции. Определение мутации T1799A (V600E) в гене BRAF как в случае ДНК из парафиновых блоков, так и в случае материала аспирационной биопсии проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием аллельспецифичных праймеров. Статистическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере при помощи пакета программ для статистической обработки данных STATISTICA for Windows 7,0. Обсуждение результатов: Анализ встречаемости мутации гена BRAF у пациентов показал, что данная мутация не встречается в случаях ФРЦЖ, частота встречаемости BRAF -мутации при ПРЦЖ составила 65,6% (у 21 пациента из 32) без существенной разницы в отношении пола пациента и возраста. После операции у пациентов с дооперационным цитологическим ответом ПРЦЖ с мутацией V600E гена BRAF гистологически этот диагноз подтвердился у всех 21 больных (100%); тогда как при отсутствии мутации указанного гена из 12 больных коим в дооперационном периоде цитологически был установлен диагноз ПРЦЖ, после операции гистологически в 4 (33,3%) случаях установлен коллоидный зоб, у 2 (16,7%) - ФРЦЖ и у 6 (50%) - ПРЦЖ. Выводы: Таким образом, учитывая высокую встречаемость BRAF -мутации при ПРЦЖ, данный маркер может быть использован в диагностике ПРЦЖ. В связи с этим внедрение в практику определения мутации гена BRAF является целесообразным.

401. Хирург Альфред Васильевич Егоров – пионер хирургии открытого сердца на Сахалине

Пчелина И.В. (1), Глянцев С.П. (2)

Хабаровск, 2) Москва

1) Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии 2) Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева

Состояние медицинского дела на Сахалине до 1917 г. резко отставало от таковой не только европейской части Российской империи, но и Сибири. А.П. Чехов, посетивший Сахалин в 1890 г., писал: «Сейчас медицинское обслуживание на острове отстало от центра на 200 лет». Становление медицины в Сахалинской области началось после окончания 2-й мировой войны и освобождения острова от японских империалистов. До 1946 г. стационарная, и в том числе хирургическая помощь, русскому населению оказывалась в военном госпитале и в ведомственных японских больницах. Уже в 60-е гг. XX века развитие островной медицины достигло уровня новейших достижений советской медицины, вплоть до выполнения операций на открытом сердце, чему и посвящен наш доклад. Все представленные в нем данные впервые вводятся нами в научный оборот. Большое влияние на совершенствование хирургической помощи на Сахалине оказал Заслуженный врач РСФСР Альфред Васильевич Егоров (1926-1996). Он родился в 1926 г. в селе Красная Поляна Куйбышевской (ныне – Самарской) области. Среднее образование получил в Башкирии. После окончания Башкирского медицинского института (1945-1950), поработав в Уфе и Владивостоке, приехал на Сахалин. Работая судовым врачом Дальневосточного морского пароходства, Егоров спас жизнь маленькой девочке, сделав ей кровопускание при заболевании сердца. Возможно, это событие стало предвестником серии операций на сердце, сделанных на Сахалине в период творческой зрелости хирурга. За 45 лет работы в области А.В. Егоров объездил все населенные пункты Сахалина и Курильских островов, начиная с Углегорского района, где он работал хирургом, а затем главным врачом Городской больницы (1951-1962). Он успешно выполнял сложные полостные операции, операции на головном и спинном мозге, но вершиной его хирургической деятельности стали операции на сердце. В 1955 г. Егоров в качестве делегата участвовал в работе XXVI Всесоюзного съезда

хирургов, где под председательством А.Н. Бакулева впервые были обсуждены вопросы хирургического лечения заболеваний сердца. Скорее всего, именно этот факт, стал толчком к тому, что, вернувшись на Сахалин, Егоров начал подготовку к проведению операций на сердце и легких, ранее не выполнявшихся не только на острове, но и на всем Дальнем Востоке. Уже в 1958 г. Углегорская больница располагала современным для того времени хирургическим и диагностическим оборудованием, включая редкий даже для столичных клиники кардиоскоп. Однако возможность выполнения сердечных операций появилась спустя восемь лет. С 1962 г. Егоров – главный врач онкодиспансера Южно-Сахалинска, с 1964 г. – главный хирург облздравотдела. В 1966 г. на базе Сахалинской областной больницы профессор Е.Н. Мешалкин из Новосибирска выполнил первые 11 операций на сердце, еще 2 операции самостоятельно сделал А.В. Егоров. Из них по поводу врожденных пороков оперировано 5 больных, приобретенных – 8. Умерло 2 больных. С 1967 г. Егоров стал регулярно выполнять операции на сердце, применяя при митральной комиссуротомии расширитель Дюбоста, с 1969 г. - дилататор собственной конструкции, на который получил авторское свидетельство. С появлением в больнице аппарата искусственного кровообращения (АИК) 26 июня 1969 Егоров успешно выполнил первую на Дальнем Востоке операцию на открытом сердце – ушивание дефекта межжелудочковой перегородки. В Благовещенске ушивание ДМПП с применением АИК провели 24 июля 1969 г. Г.М. Соловьев и Я.П. Кулик. На основании приказа Минздрава СССР от 08.12.1972 № 994 в 1972 г. в Хабаровске и Новосибирске были открыты межобластные кардиохирургические центры. На Сахалине проводить операции на сердце было разрешено только по жизненным показаниям, поэтому оперировать на сердце Егоров прекратил. После выхода на пенсию, с 1986 г. и до конца своих дней А.В. Егоров работал хирургом отделения плановой и экстренной консультативной помощи Сахалинской областной больницы. Так была открыта еще одна забытая страница истории кардиохирургии в России, а именно – в Дальневосточном ее регионе.

402. Качество жизни пациентов, перенесших субтотальную колэктомию по поводу хронического колостазы.

Исаев Г.Б., Керимова Т.М.

Баку, Азербайджанская Республика

Научный Центр хирургии им.М.А.Топчубашова

Введение: По данным литературы в экономически развитых странах от 2,5 до 20,0 % населения страдают хроническим колостазом (ХК). Радикальным методом лечения ХК считается субтотальная резекция толстой кишки. Зачастую данная операция переводит больного из состояния хронического запора в состояние хронической диареи, что ухудшает качество жизни. Цель исследования : определить качества жизни пациентов перенесших субтотальную колэктомию по поводу ХК. **Материал и методы:** обследованы 50 пациентов которым за последний 5 лет по поводу ХК выполнена операция субтотальная колэктомия (СКЭ) ; По срокам постоперационного периода - до 1-го года были 11 пациентов, 2- года – 11, 3 года- 12, 4 года-4, 5 лет-5, 6 лет-4 и 7 лет-3 пациентов. Женщин были 45, мужчин-5 , средний возраст составлял 41 год . Качества операции СКЭ оценена путем шкалы Visick-a . Качества жизни определяли на основе опросника японских авторов . За хорошее качество жизни нами была принята бальная оценка качества жизни контрольной группы. При подсчете результатов производилось выведение общего балла как по всей анкете, так и по каждому критерию отдельно. Статистическая обработка всех полученных данных произведена на персональном компьютере Intel® Pentium 4® HT 3,00 GHz методами вариационной и корреляционной статистики. **Результаты исследования:** Результаты: по шкале Visick из 50 пациентов 12 (24%) оценивали свое состояние как отличное (4 балла), 19 (38%) - хорошее (3 балла), 17 (34%) – удовлетворительно (2 балла) и 2 (4%) – неудовлетворительно (1 балл). У пациентов с отличным самочувствием стул был регулярный,, не более 2-х раза за сутки; боли в животе и в области прямой кишки не отмечали а так же потеря в весе не наблюдался. Наличие самостоятельного стула не более 2-3 раза за сутки и отсутствие болевого синдрома у 19 (38%) пациентов позволило нам оценить исход операции как хорошее . Пациенты с удовлетворительным результатом (38%) жаловались на диарею 5-6 раз за сутки, боли во время дефекации , чувство жжения в области ануса , диспептические явления, жажду , потеря веса до 2-

х килограмм. У 2(4%) пациентов установили неудовлетворительные результаты после перенесенной СКЭ. Оценка качества СКЭ в отдаленном постоперационном периоде по Visick доказал, что хорошие результаты имеет место у 28(56%) пациентов, удовлетворительные- у 19(38%) и неудовлетворительные результаты-у 3(6%) пациентов. В то же время результаты оценки качества жизни проводимой по вопроснику отличался от результатов качества СКЭ : хорошие результаты КЖ выявлен у 31(60,2%), удовлетворительные-у 14(20,8%) и неудовлетворительные у 5(10%) пациентов. Проводимый исследование доказали что, по мере увеличение постоперационного периода более 5 лет отмечаются повышение качества как операции так и жизни пациентов. Так если на 3-м году постоперационного периода «хорошее» качества операции по Vizik выявлена у 6-и, «удовлетворительно»-у 5-и и неудовлетворительно-у 2-х пациентов, то на 7-м году постоперационного периода из 11 пациентов у 10-и отмечался «хорошее» качества и у 1-го пациента «удовлетворительное». Подобное изменение установили при определении качества жизни: на 3-м году постоперационного периода из 13-и пациентов у 5-и отмечена «хорошая» качества жизни; у 7-и «удовлетворительное» и у 1-го пациента неудовлетворительное. Противовесью этому, на 7-м году постоперационного периода СКЭ , из обследованных 11 пациентов у всех выявлена «хорошая» качества жизни. Подытоживая вышесказанное можно придти к нижеследующим выводам: 1. После СКЭ выполненной по поводу ХК хорошие результаты операции по Visick наблюдаются у 56% пациентов, удовлетворительные- у 38% и неудовлетворительные результаты-у 6% пациентов; хорошее качества жизни определяется у 60,2% пациентов, удовлетворительные-у 20,8% и неудовлетворительные у 10% пациентов.

403. Моделирование асептического и гнойного абсцессов в экспериментальной хирургии

Алипов В.В.,(1) Андреев Д.А.,(1) Алипов А.И.(1)

Саратов

1) СГМУ им.В.И.Разумовского

Актуальной проблемой экспериментальной и гнойной хирургии является поиск новых способов моделирования и лечения абсцессов различных локализаций. Цель исследования - моделирование асептического абсцесса, предусматривающее формирование кистозной полости и гнойного абсцесса, отличающимся наличием сформированной полости с фиброзной капсулой и гнойным содержимым. Материал и методы. В эксперименте на 40 белых лабораторных крысах проведено моделирование асептического абсцесса мягких тканей в межлопаточном пространстве животного путем введения в подкожную клетчатку модернизированного катетера с раздуваемым до 2 мл баллоном на дистальном конце, при этом конец катетера укрывают с помощью кожной дубликатуры. Через трое суток опорожняли баллон и удаляли катетер. Формирование гнойного абсцесса у 40 аналогичных животных предусматривало введение суспензии *Staphylococcus aureus* с микробной нагрузкой 2 мл ? 10⁶ КОЕ в полость сформированного асептического абсцесса. (Патент на изобретение №2601378 14.11.2016). Результаты. Полученные модели абсцессов имели соответствующие клинические характеристики, подтверждались инструментальными, патоморфологическими и микробиологическими исследованиями. На третьи сутки эксперимента установлено формирование асептического абсцесса, а через трое суток после инфицирования полости - классического гнойного абсцесса. Таким образом, предлагаемый способ моделирования является малотравматичным, обеспечивает гарантированное формирование асептического или гнойного абсцесса, не требует каких-либо сложных манипуляций и дорогого технического оснащения.

404. Комбинированное лечение гнойных абсцессов в экспериментальной хирургии*Алипов В.В., Андреев Д.А., Алипов А.И.*

Саратов

СГМУ им.В.И.Разумовского

Несмотря на успехи клинической медицины и фармакологической науки, проблема лечения гнойных абсцессов не перестает быть актуальной, поскольку не эффективно решаются вопросы воздействия на все фазы воспаления. Множество антибактериальных и антисептических средств не обладают необходимой антимикробной активностью из-за образования полиантибиотикорезистентных штаммов бактерий. При изучении антимикробного влияния наночастиц металлов, в частности оксида цинка на грамотрицательные микроорганизмы установлено, что при введении их в рану отмечается ранозаживляющий эффект. Известно также, что препарат Эплан при лечении ран обладает ранозаживляющим, обезболивающим, бактерицидным и регенерирующим действием. Эффективность сочетанного применения лазерного излучения, наночастиц оксида цинка и Эплана (эпланцин) при лечении абсцессов не изучена. Цель исследования-апробация способа применения комплекса Эпланцин при комбинированном лечении гнойных абсцессов. Материал и методы. Лабораторным животным моделировали гнойный абсцесс мягких тканей (Патент №2601378 от 10.10.2016). Для комплексной оценки эффективности лечения гнойного процесса использовались планиметрические, инструментальные, бактериологические и морфологические методы. Комбинированное лечение 80 лабораторных животных (белые крысы) четырех групп начинали с дренирования и санации абсцесса путем пункции гнойника троакаром, проведения высокоэнергетического лазерного разрушения тканевого секвестра и санации полости. В третьей группе после лазерной некрэктомии заполняли полость абсцесса комбинацией 1%растворов наночастиц оксида цинка и препарата «Эплан»(Патент на изобретение №2639595 от 03.11.2016). Результаты. На 7-е сутки лечения комплексом эпланцин отмечали отсутствие роста микроорганизмов, на 8-сутки катетер-дренаж из полости удаляли. На 10-е сутки лечения полость абсцесса была полностью облитерирована молодой соединительной тканью. Обсуждение. Троакарная

пункция и санация гнойника с дальнейшим сочетанным применением высокоинтенсивного лазерного облучения внутренней поверхности полости, комплекса Эпланцин, уже к 5-м суткам позволяет купировать инфекционно-воспалительный процесс. Вывод. За счет синергизма действия применяемых препаратов к 8-10-м суткам происходит усиление процессов регенерации, что создает оптимальные условия для полной облитерации полости гнойного абсцесса, в два раза сокращая сроки лечения, по сравнению со стандартными методиками.

405. Распространенность Программы ускоренного выздоровления колопроктологических пациентов. Данные опроса хирургов РФ*Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В., Суровегин Е.С.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России

Актуальность Программа ускоренного выздоровления (ПУВ) продемонстрировала преимущества перед традиционным методом ведения пациентов в клиническом и экономическом аспектах. Однако, насколько часто ее используют в своей повседневной работе хирурги РФ в настоящее время неизвестно. Материалы и методы В течение 2017 года проводился опрос практикующих врачей, проходивших обучение в ФГБУ ГНЦК им А.Н.Рыжих, а также членов АКР во время работы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» г. Воронеж 26-28.10.2017г. Результаты Было роздано 238 анкет, из них корректно заполненных было 223. В опросе участвовали врачи из 42 регионов РФ. При оценке информированности врачей о программе ускоренного выздоровления было установлено, что не знают о ПУВ 11,7% хирургов; слышали о ее существовании, но думали, что не применяется в отечественных стационарах - 8,9%; знают, но не применяют в своей практике - 16,6%; используют отдельные ее элементы, для ведения больных - 55,6% и используют ее в полном объеме у

пациентов, оперированных на толстой кишке – 7,2%. Так же были выявлены элементы ПУВ, которые получили наибольшее число негативных ответов, и чаще других вызывающие трудности в применении. Наиболее часто среди них значились: применение углеводного напитка перед операцией 162 (72,6%), отказ от механической подготовки кишечника 133 (59,6%), ограничительный протокол инфузионной терапии 116 (52%), отказ от рутинного дренирования брюшной полости 100 (44,8%) и административный контроль за выполнением протокола 102 (45,7%). Заключение Проведенный опрос продемонстрировал, что большинство хирургов готовы применять ПУВ в своей работе. Имеется ряд ее элементов, применение которых является затруднительным для использования в реальном здравоохранении. Необходимо постоянно работать над ее улучшением и развитием по мере поступления новых научных данных.

406. Цитологическая картина огнестрельных ран под воздействием ультразвуковой кавитации

Фисталь Э.Я., Меркулов Д.С.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет, Институт неотложной и восстановительной хирургии

Цель: улучшение результатов лечения больных с огнестрельными ранами р с помощью ультразвуковой кавитации. Материалы и методы: в исследования вошли 39 пациентов, находившихся на лечении в ожоговом отделении с 2014 по 2016гг. Основную группу составили 22 человека, в группу сравнения вошли 19 человека. Группы были сопоставимы по возрасту и полу, разделены на подгруппы в зависимости от этиологии и патогенеза раневого процесса: подгруппа 1- пациенты с минно-взрывной травмой; (в нее вошли 14 больных основной группы, 13 человек группы сравнения), подгруппа 2 – пациенты с пулевыми ранениями (8 больных основной группы, 6 группы сравнения). Пациентам основной группы во время первичной хирургической обработки применялся метод ультразвуковой кавитации, в качестве источника низкочастотного ультразвука применялся аппарат

«SONOCA-180» производства компании «S?ring». В качестве акустической среды использовали 0,9% раствор NaCl. Пациентом подгруппы 1 и 2 основной группы после применения метода ультразвуковой кавитации выполнялась одномоментная комбинированная кожная пластика(45,5%), пластика местными тканями (36,4), пластика островковыми лоскутами(18,1%). В группе сравнения после выполнения первичной хирургической обработки выполнялась подготовка раны к пластическому закрытию в течении 10 дней, после чего выполнялась вторичная хирургическая обработка с комбинированной кожной пластикой(52,6%), аутодермотрансплантацией(21,5%), пластика местными тканями(26,3%) Контроль раневого процесса осуществлялся путем исследования мазков-отпечатков по методу М.В. Покровской, М.С. Макарова в модификации Д.М. Штейнберга, производимого интраоперационно. При этом контролируются следующие элементы мазка: микрофлора, количество нейтрофилов, характеристика фагоцитоза, а также другие клеточные элементы крови и соединительной ткани (эозинофилы, плазмоциты, моноциты, гигантские многоядерные клетки, макрофаги, фибробласты, эпителий) с выделением б типов цитогрaмм. Анализ сроков появления отдельных элементов цитогрaммы а также количественные характеристики клеток достаточно точно характеризуют ход процесса заживления и трансформации раневого процесса. Результаты: у пациентов первой группы по сравнению с группой контроля отмечено снижение элементов воспаления в ране на 60,9%, с преобладанием в препарате сегментоядерных нейтрофилов, появление фибробластов и макрофагов. Получено достоверное снижение количества дегенеративного фагоцитоза по отношению завершеному в основной группе по сравнению с группой сравнения. Завершенный фагоцитоз в основной группе составил 20,3%, против 3,5% а контрольной группе. Фагоцитарный индекс существенно не изменился (96,7% в основной группе и 98,2% в группе сравнения), что объясняется бактерицидным свойством низкочастотного ультразвука. Выводы: На основании изучения цитологической картины мазков-отпечатков, статистической обработки полученных данных можно утверждать о противовоспалительном, стимулирующем процессы репарации свойствах ультразвуковой кавитации. Оптимизация процесса заживления ран позволяет рекомендовать применение ультразвуковой кавитации в качестве дополнительного многокомпонентного средства воздействия на раневой процесс в огнестрельных

ранах при первичной хирургической обработке с одномоментной пластикой раневого дефекта.

407. Лапароскопическая диагностика скрытых паховых грыж

*Тежжикова Л.А., Поздеев В.Н., Тарабукин А.В.,
Мизгирев Д.В., Поздеев С.В.*

Архангельск

Государственное бюджетное учреждение
Архангельской области «Первая городская
клиническая больница скорой медицинской
помощи им Е. Е. Волосевич»

В работе представлен опыт выявления двусторонних паховых грыж при лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики (ТАРП) у 216 пациентов за период 2016-2017 г. Цель исследования – выявить частоту контрлатеральных оккультных дефектов у пациентов, у которых была диагностирована односторонняя паховая грыжа до первичной трансабдоминальной предбрюшинной лапароскопической герниопластики (ТАРП). Материал и методы. Трансабдоминальная предбрюшинная лапароскопическая герниопластика (ТАРП) выполнена за период 2016 - 2017 г. у 216 больных. Гендерная структура: мужчин – 204 (94,5%), женщин – 12 (5,5%). Средний возраст пациентов составил 59,5 лет (медиана 62, 95% доверительный интервал 56,8-62,2). В исследование были включены пациенты с выявленными односторонними паховыми грыжами. Пациенты с другими видами грыж были исключены. Также в данном исследовании не учитывались пациенты с неправильно диагностированными грыжами, у которых диагноз был отвергнут при лапароскопии. У всех пациентов была выполнена диагностическая лапароскопия с помощью 10-мм 30-градусной оптики через надпупочный разрез с 15 мм рт.ст. пневмоперитонеумом, а затем лапароскопическая ТАРП. Контрлатеральная оккультная грыжа была диагностирована и оперирована, если наблюдалось истинное выпячивание грыжевого мешка через паховую область. Проводили сравнение количества двусторонних грыж, выявленных у оперированных пациентов при лапароскопической ревизии.

Результаты: Среди 216 пациентов предоперационное обследование выявило 37 двусторонних грыж (17,1%), тогда как при лапароскопической ревизии, предшествовавшей герниопластике, обнаружено 77 двусторонних грыж (35,6%). При сравнении количества диагностированных при лапароскопии двусторонних грыж с результатами клинического обследования выявлены значимые различия (критерий Мак-Немара с поправкой на непрерывность, $\chi^2=38,025$, $p<0,001$). Выводы: Это исследование продемонстрировало значимые различия в возможностях клинической и лапароскопической диагностики паховых грыж. Выявлено 18,5% случаев двусторонних паховых грыж у пациентов с клинически определяемым односторонним дефектом. Возможность одномоментной диагностики и коррекции оккультной контрлатеральной паховой грыжи является выгодной чертой лапароскопической хирургии.

408. Применение способа ушивания апоневроза после лапаротомии в ургентной хирургии.

*Инютин А.С., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю.,
Зацаринный В.В.*

Рязань.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность. Существующая на сегодняшний день проблема послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) диктует разработку способов их профилактики. Одним из направлений предупреждения развития ПОВГ является применение надёжной техники сшивания апоневроза передней брюшной стенки после лапаротомии. Особенно это актуально в условиях ургентной хирургии, когда частое повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде указывает на то, что швы должны прочно удерживать края апоневроза, предупреждая их расхождение и разволокнение не только в раннем периоде раневого процесса, но и в позднем до окончания реорганизации рубца. В связи с этим, основным принципом при лапарорафии является применение безнатяжной пластики с учётом

равномерного распределения нагрузки на ушитые края апоневроза. Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных за счёт профилактики ПОВГ и эвентраций путём применения разработанного способа ушивания апоневроза после лапаротомии. Материалы и методы. Обследовано 90 больных, оперированных в экстренном порядке на органах брюшной полости с использованием срединного лапаротомного доступа. В основную группу вошли 40 пациентов в возрасте от 31 до 94 (в ср. 64,5+ 12,3г.), которым белая линия живота ушивалась разработанным способом (заявка на изобретение № 2016141693). Больные оперированы по поводу аппендицита с перитонитом в 6% случаев, кишечной непроходимости - 5%, перфоративной язвы желудка - 5%, калькулёзного гангренозного холецистита - 2%, опухоли кишечника - 5%, холедохолитиаза - 5% открытой травмы живота - 2%. Контрольной группе, состоящая из 50 пациентов, была репрезентативна по возрасту, полу, основной и сопутствующей патологии. В данной группе апоневроз ушивался отдельными узловыми швами. Сущность способа ушивания апоневроза после лапаротомии состоит в том, что после ушивания брюшины, производят ушивание апоневроза лапаротомной раны укрепляющими швами, расстояние между которыми составляет 5см., затем накладывает непрерывный шов с расположением стежков в шахматном порядке (непрерывный шахматный шов). Задачами использования укрепляющего является уменьшение нагрузки на непрерывный шов, укрепление наименее прочных участков белой линии живота, предупреждение натяжения краёв раны и нити при наложении непрерывного шахматного шва, профилактика несостоятельности шва апоневроза в случае возможной ревизии раны в случае её нагноения. Преимуществом укрепляющего шва является его высокая прочность за счёт двух линий фиксации в вертикальном и горизонтальном направлении относительно линии разреза. При этом происходит равномерное распределение нагрузки на все стежки шва, уменьшение излишнего сдавления краёв раны и как следствие снижение их ишемизации. Преимуществами непрерывного шахматного шва, в отличие от классического непрерывного шва, являются большие прочностные характеристики, за счёт двух линий фиксации с каждой стороны от разреза, что уменьшает вероятность разволокнения апоневроза и более равномерно распределяет нагрузку на него. Данный шов накладывает с чередованием малых и больших стежков. Расстояние между стежками составляет 0,5см.,

расстояние от края раны в случае малых стежков составляет 0,5 см., а в случае больших 1 см. Результаты. При сравнении способов ушивания в клинике, в раннем послеоперационном периоде в контрольной группе выявлено 2 (4%) эвентрации, а через год наблюдения у 4 (8%) больных дефекты апоневроза и у 5 (10%) ПОВГ. В основной группе эвентраций не было, дефектов апоневроза – 1 (3%), ПОВГ – 2 (5%). Дефекты апоневроза выявлялись путём ультразвукового исследования. Выводы. 1. Использование в ургентной хирургии непрерывного шахматного шва в сочетании с укрепляющими швами служит методом профилактики эвентраций и послеоперационных вентральных грыж.

409.Ретроперитонеоскопический доступ при операциях на органах забрюшинного пространства у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности

*Перлин Д.В., Александров И.В., Дымков И.Н,
Зипунников В.П.*

Волгоград

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет»ГБУЗ «Волгоградский
областной уронефрологический центр»

Пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности в 10-15% случаях выполняются нефрэктомии по поводу хронического пиелонефрита, гидронефроза, поликистозной болезни почек. Показаниями для выполнения санационных операций являются подготовка пациентов к трансплантации почки, с целью ликвидации потенциального источника инфекции, а также при огромных поликистозно-изменённых почках, для увеличения объема брюшной полости, как этап подготовки пациентов к перитонеальному диализу. В период с 2005 по 2017 год в нашем центре было выполнено 67 санационных нефрэктомий. Показаниями для выполнения данных операций, послужили следующие заболевания: поликистоз почек- 37 случая, мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит -13 случаев, гидронефроз- 8 случаев, другие причины-9 случаев. 27 операций было выполнено открытой методикой (в основном в период с 2006 -

2009 г.), преимущественно в группе пациентов с поликистозом почек. 23 операции выполнено лапароскопически и 17 ретроперитонеоскопически. Проводилась оценка послеоперационного периода, количеств осложнений, а также была проведена оценка эффективности перитонеального диализа в зависимости от операционного доступа. Конверсия на открытую операцию отмечена в 6 случаях и была обусловлена выраженным спаечным процессом в паранефральной клетчатке. В интраоперационном периоде были отмечены следующие осложнения: кровотечение, купированное интрооперационно 3 случая, повреждение селезенки единичный случай, при выделении поликистозно измененной почки слева. Значительно ниже отмечена кровопотеря в группе операций, выполненных эндоскопическим доступом, и в среднем составляла 173 мл. (+/-56 мл). В послеоперационном периоде наблюдалось 2 осложнения: гематома забрюшинного пространства, требующая ревизии и дренирования 1 случай, при открытой нефрэктомии, и динамическая кишечная непроходимость 1 случай после лапароскопической нефрэктомии, разрешившаяся после консервативного лечения. Нами была проведена оценка эффективности перитонеального диализа у данной группы пациентов по формуле kt/v через 3 месяца после перевода пациента на режим постоянного амбулаторного перитонеального диализа и через 1 год. В группе пациентов, которым выполнялись операции открытыми методиками, эффективность в среднем составила 1,62 через 3 месяца и 1,42 через один год. У пациентов, которым выполнялись эндоскопические нефрэктомии, эффективность в среднем составила 1,69 и 1,57 через 1 год в группе трансперитонеального доступа, 1,93 и 1,72 в группе ретроперитонеального доступа соответственно. Таким образом, наш опыт выполнения санационных нефрэктомий у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности ретроперитонеоскопическим доступом показывает меньшее воздействие на эффективную площадь брюшины, что отражается в последующем на течении постоянного амбулаторного перитонеального диализа.

410. Использование вакуум-инстилляционной терапии у больных с синдромом диабетической стопы, осложненным флегмоной.

Чумбуридзе И.П., Штильман М.Ю., Задыханов Э.Р.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственные медицинский университет

Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из наиболее тяжелых поздних осложнений сахарного диабета. СДС встречается в различной форме у 30-80% больных сахарным диабетом. Несмотря на достигнутые успехи в терапии сахарного диабета, проблема диабетической стопы продолжает оставаться актуальной, значительно снижая качество жизни больных. Ампутации не редко являются единственным путем в спасении жизни больного. В настоящее время разработаны мультидисциплинарные подходы к лечению, увеличилось число специалистов, занимающихся уходом за стопой, доступны современные антибиотики и средства местного лечения. Однако, несмотря на эти достижения, количество ампутаций нижних конечностей у этих больных растет. Использование инновационных технологий позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных. Цель: улучшить результаты лечения больных с глубокой флегмоной стопы путем сочетанного использования вакуум-инстилляционной терапии. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 83 больных с синдромом диабетической стопы, осложненным флегмоной. На первом этапе лечения всем больным вскрытие флегмон проводили под проводниковой анестезией разрезами, соответствующими локализацией процесса. В дальнейшем больные в зависимости от способа лечения были распределены на 2 группы. Первая (контрольная) - 41 пациент, применялась общепринятая терапия ведения ран. И вторая группа (основная)- 42 больных, у которых после вскрытия флегмоны вакуум-инстилляционной терапии. Суть методики заключается: после вскрытия флегмоны и иссечения гнойно-некротических тканей. Под контролем ультразвукового исследования лодыжечного канала пункционным способом проводим катетер к послеоперационной ране. К наружному концу катетера подсоединяют инфузионный насос с 350 мл флаконом пронтосана. Затем на послеоперационную рану накладываем вакуум-аппарат прерывистом режиме с давлением 120 мм

рт.ст. 15 мин., 20 мм. рт. ст. 15 мин. На фоне вакуум декомпрессии рану промываем раствором пронтосана в течение 2 часов. Такие инфузии пронтосана осуществляют 2 раза в сутки до полного очищения полости флегмоны и зоны гнойного затека от гнойно-некротических масс В качестве критериев оценки эффективности лечения использовали клинические параметры, ведение ран по системе MEASURE, а так же цитологические исследования. Результаты: При цитологических исследованиях установлено, что у больных основной группы к 5 суткам после операции, по сравнению с контрольной, количество лейкоцитов и выраженность их деструкции была ниже; клеточный состав отличался сниженным количеством нейтрофилов, макрофагов, фибробластов, число микробных тел на 1000 лейкоцитов было ниже на 87,5%. К этому сроку у больных 2 группы происходила смена дегенеративно-воспалительного типа цитограммы на воспалительно-регенераторный- увеличение у РДИ до $0,86 \pm 0,041$. У больных 1 группы данных изменений не наблюдалось. Цитологические исследования проведенные на 10 сутки от начала лечения свидетельствовали о переходе воспалительно- регенераторного типа цитограммы в регенераторный тип у больных контрольной группы - РДИ до 1, тогда как у больных первой наблюдался воспалительно – регенераторный тип. Изменения цитограмм в этот срок характеризовались уменьшением количества лейкоцитов до $14 \pm 0,3$ у больных 2 группы и до $42 \pm 0,7$ - у пациентов 1. Степень деструкции лейкоцитов составляла $17 \pm 2,1\%$ и $47 \pm 2,6\%$, соответственно. Фагоцитоз у больных 2 группы был завершённый. У пациентов 1 наряду с завершённым фагоцитозом имелись явления незавершённого. Использование вакуум-инстилляционной терапии позволило получить следующие результаты динамики течения раневого процесса. У пациентов основной группы длительность отека в подошвенной поверхности стопы составила $5,7 \pm 0,2$ дней; гиперемия в области послеоперационной раны наблюдалась в течение $4,1 \pm 0,1$ дней; очищение раны наступило на $6,9 \pm 0,3$ день; начальное появление грануляций было отмечено на $5,1 \pm 0,4$ сутки, а гранулирование раны наступило на $15,7 \pm 0,9$ день; пластический этап лечения выполнялся на $19,6 \pm 1,7$ день. В то же время при анализе клинической картины у пациентов I группы очищение раны наступило на $12,5 \pm 1,5$ день; выполнение раны грануляционной тканью раны удалось добиться на $21,1 \pm 0,8$ день; пластический этап лечения выполнялся на $25,4 \pm 0,9$ день. Выводы. Таким образом, сочетанное использование вакуум-

инстилляционной терапии в комплексном лечении больных с осложненными формами диабетической стопы улучшает результаты лечения данной категории больных, что выражается в более ранней подготовке послеоперационной раны к выполнению пластического этапа лечения, сокращению сроков госпитализации.

411.К вопросу о первой эндоскопической спленэктомии в России

Гуменюк С.Е.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов, Краснодар, Россия

Выполнение первой эндоскопической спленэктомии в нашей стране датируется 1995 годом. В связи с этим на наш взгляд представляет большой интерес о выполнении в нашей клинике первой в Краснодарском крае эндоскопической спленэктомии. Приводим наблюдение. Больная С., 46 лет поступила в клинику 24.07.1995 г. (история болезни № 2421) с диагнозом- поликистоз селезенки. Впервые боли в левом подреберье появились в 1994 году. При УЗИ было выявлено наличие поликистоза селезенки. Состояние пациентки при поступлении удовлетворительное. Повышенного питания (ИМТ-31,1 кг/м. кв.). Лабораторные показатели – в пределах нормы. Проведено предоперационное дообследование. Компьютерная томография: поликистоз селезенки. УЗИ органов брюшной полости подтвердило этот диагноз. 27.07.1995 г. произведена операция – эндоскопическая спленэктомия. Операционная бригада (хирурги - Аксенов И.В., Бондарева И.Э., анестезиолог - Жук С.М.). Операция осуществлялась с применением технологии четырех троакаров. Селезенка увеличена в размерах, множественные подкапсульные кисты, периспленит. Элетрокоагулятором разделены сращения. Выделена, клипирована и пересечена сосудистая ножка селезенки. Удаленная селезенка после фрагментации в пластиковом пакете извлечена через параректальный разрез. Дренаживание поддиафрагмального пространства.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажная трубка удалена на 2-е сутки. ПГИ- кистозная лимфангиома селезенки. 8.10.1993 г. в удовлетворительном состоянии больная выписана на амбулаторное лечение. Данное событие было широко освещено в местной печати и программах телевидения.

412. История выполнения первой эндоскопической холецистэктомии в Краснодарском крае

Гуменюк С.Е., Сидельников А.Ю.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов

Наша кафедра на протяжении многих лет имеет клиническую базу в НУЗ ОКБ на станции Краснодар ОАО РЖД. В начале 1992 года впервые был поставлен вопрос об оснащении клиники эндохирургическим оборудованием. При непосредственном участии начальника Краснодарского отделения СКЖД В.И. Ильина в декабре этого же года был подписан контракт на оснащение клиники эндохирургической стойкой немецкой фирмы Lawton, большую помощь в реализации этого проекта помог клинике профессор Д.А. Балалыкин, который в то время был сотрудником этой фирмы. Однако, в связи с забастовкой сотрудников на этой фирме, оборудование было получено только в конце августа 1993 года. Следует отметить, что имелись определенные трудности с подбором пациентов для выполнения первой операции, так как в это время существовало предубеждение против этой методики не только у населения, но и у большинства хирургов, выполнявших традиционные оперативные вмешательства на желчевыводящих путях. Первая в Краснодарском крае эндоскопическая холецистэктомия была выполнена в нашей клинике 5 октября 1993 года. Приводим наблюдение. Больная Г., 32 лет поступила в клинику 4.10.1993 г. по поводу хронического калькулезного холецистита. Впервые боли в правом подреберье появились в 1992 году. При УЗИ было выявлено наличие калькулезного

холецистита. В последнее время приступы болей участились, была госпитализирована для оперативного лечения в плановом порядке. 5.10.1993 г. произведена операция - эндоскопическая холецистэктомия. Операционная бригада (хирурги – Аксенов И.В., Бондарева И.Э., анестезиолог – Жук С.М.). Операция осуществлялась с применением технологии трех троакаров. Желчный пузырь умеренно увеличен в размерах. Элетрокоагулятором раз-делены сращения. Выделены, клипированы и пересечены пузырный проток и артерия. Желчный пузырь с помощью электрокоагуляции выделен из ложа и удален через разрез в эпигастрии. Дренирование подпеченочного пространства. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажная трубка удалена на 2-е сутки. 8.10.1993 г. в удовлетворительном состоянии больная выписана на амбулаторное лечение. За первой эндоскопической холецистэктомией последовали первые в Краснодарском крае эндоскопическая резекция кисты поджелудочной железы, симпатэктомия, субфасциальная диссекция вен, SILS-холецистэктомия. В настоящее время клиника продолжает оставаться лидером в эндоскопическом лечении ожирения.

413. Локальная коррекция кислотно-щелочного состояния, как определяющий фактор в эндоскопическом лечении острого панкреатита и профилактике спаечной болезни

Мирингоф А.Л.(1), Новиков В.В. (2)

Курск

ОБУЗ КГКБ СМП (1), КГМУ (2)

Успехи современной медицины позволили достигнуть хороших результатов в лечении многих хирургических болезней. Достойное место в этом занимает хирургическая эндоскопия. Для прогресса в этом направлении необходимо внедрение новых аппаратов, приборов, знаний др. медицинских наук, в том числе биохимии, физической и коллоидной химии. Материалы и методы: Нами проведены исследования *in vitro*, на животных и ограниченном контингенте больных. Клинические исследования изучены у 52 больных с острым деструктивным

панкреатитом и 20 больных с перитонитом, как источником послеоперационного спайкообразования. Параллельно изучено сопоставимое количество больных с данной патологией. Острый панкреатит. Известно, что острый панкреатит есть результат активации ферментов и последующего аутолиза поджелудочной железы (ПЖ) с вовлечением парапанкреатической клетчатки и общей реакции организма. Схема аутолиза нам представляется следующей. На субстрат (ткани ПЖ и парапанкреатической клетчатки) воздействуют активированные ферменты (трипсин, химотрипсин, липаза и др.) в присутствии ионов кальция и магния, при определенной температуре и рН. В результате возникает аутолиз ткани и др. осложнения. Оптимум рН для ферментов ПЖ находится в пределах 7,4 – 8,0. В эксперименте, в пробирке, на животных, группе больны показано, что рН - 5,6 полностью тормозится активность протеолитических ферментов и липазы, т.е. прерывается ферментативный аутолиз (развитие панкреонекроза). Нами также подобран фосфат - цитратный буферный раствор с рН - 5,6 с буферной ёмкостью, позволяющий «держать» рН в зоне введения до 6 - 12 часов. Применение этого раствора в традиционной хирургии под названием «медикаментозной или химической абдоминализации» ПЖ позволила снизить летальность при остром деструктивном панкреатите (панкреонекрозе) с 33,4% до 13,3 % в группе из 52 больных. Лапароскопический вариант медикаментозной абдоминализации и контрольно-динамические лапароскопии улучшили эти результаты до 5,5 % у 18 больных. Однако мы не смогли пройти клиническое внедрение этой технологии в фармкомитете, т.к. это требует значительных финансовых затрат. Имеются фармакопейные статьи на похожие препараты, которые применяются при заготовке крови и её компонентов. Профилактика спаечной болезни. Всем известно, что существует ряд причин и предпосылок образования спаек в брюшной полости, в связи с заболеваниями и хирургической деятельностью. Главным в этом является образование первичной нити фибрина. Механизм спайкообразования: фибриноген подвергается воздействию тромбина (активируется в присутствии ионов кальция и магния), клеточных и гуморальных факторов, при соответствующей температуре и рН и превращается в фибрин. Схема напоминает

известную схему при остром панкреатите. К этому необходимо добавить, что белок - тромбин (тканевой и гуморальный) подобен трипсину по молекулярному весу, структуре, коферментам, оптимуму рН. Мы в эксперименте в пробирке, на животных и ограниченном контингенте больных подтвердили эти положения. Особое место в клиническом применении этого метода имеют лапароскопические операции и контрольно-динамические лапароскопии с применением фосфат - цитратного буферного раствора с рН - 5,6, что позволяет в раннем послеоперационном периоде избежать образования спаек. Выводы: нами показана возможность влияния с помощью хирургии и эндоскопии на улучшение результатов лечения некоторых хирургических болезней, используя физико-химические факторы влияния на патобиохимические процессы. В заключении, подводя итоги своей хирургической и эндоскопической деятельности, хотел бы обратить внимание научного сообщества на значение кислотно-щелочного состояния в развитии и лечении болезни при действии антибиотиков, ферментных, противовоспалительных и др. препаратов, а так же огромное значение саморегуляции рН в организме, как одного из факторов поддержания гомеостаза.

414. Качество жизни в отдалённый период после герниопластик паховых грыж по методике ONSTEP и I.Lichtenstein

*Шейрман В.В. (1), Баранов А.И. (2),
Сташков М.Я. (3).*

Новокузнецк

НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России, ГБУЗ КО «НГКБ № 22»

Актуальность проблемы – Наиболее распространёнными хирургическими заболеваниями является паховые грыжи. В настоящее время существует множество герниопластик по поводу паховых грыж. Однако методика ONSTEP не получила широкого распространения и применения в настоящее время.

Работа посвящена данной методике. Цель исследования – изучить качество жизни пациентов в отдалённый послеоперационный период по методике ONSTEP и I.Lichtenstein, и улучшить результаты их лечения путём использования данных методов. Материалы и методы - в ГБУЗ КО «Новокузнецкой городской клинической больнице № 22», за период с февраля 2016 года по июнь 2017 года были прооперированы 40 пациентов по методике ONSTEP и 48 пациентов по методике I.L.Lichtenstein. Пациенты были разделены на две группы: по методике ONSTEP - (Open new simplified totally extraperitoneal inguinal hernia repair) Основная группа лечения (ОГЛ), операция I.L.Lichtenstein сравнительная группа лечения (СГЛ). Качество жизни данных пациентов в отдалённый послеоперационный период, в срок до 6 месяцев, оценивалось с помощью анкеты, MOS SF - 36 по J.E. Ware, 1992 год. Перевод на русский язык, валидизация и апробация – «Институт клиник – фармакологических исследований». Город Санкт – Петербург, является универсальным стандартизированным опросником. Пациенты, прооперированные по методике ONSTEP с косыми паховыми грыжами, Европейское общество герниологов (European Hernia Society EHS PL3) косые паховые грыжи - 27 (67,5%) пациентов, (EHS PM2) – прямые паховые грыжи 7 (17,5%) пациентов, (EHS PM1) – двухсторонние паховые грыжи 6 (15%) пациентов. Пациенты, прооперированные по методике I.L.Lichtenstein, (EHS PM2) прямые паховые грыжи – 19 (39,5%) пациентов, (EHS PL3) косые паховые грыжи - 29 (60,4%) пациентов. Оценка качества жизни проводилась при первичной госпитализации и через 6 месяцев. У пациентов оперированных по методике ONSTEP (ОГЛ) послеоперационный период протекал без особенностей. В группе сравнения (СГЛ), у 5 пациентов (2,4%) оперированных по методике I.L.Lichtenstein отмечен хронический болевой синдром, у 9 пациентов (4,3%) чувство дискомфорта, и инородного тела в области послеоперационного рубца. Анкетирование по опроснику MOS SF-36 показало, что оперированные пациенты по методике ONSTEP имели следующие показатели: физическое функционирование (PF) 237,5, ролевое функционирование (RP) 62,5, выраженность болевого синдрома (BP) 62,5, общее состояние здоровья (GH) 187,5, витальность (VT) 162,5, социальное функционирование (SF) 125, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) 85, психический компонент (MH) 190. Пациенты, оперированные по методике I.L.Lichtenstein: физическое функционирование (PF) 41,6, ролевое функционирование (RP) 0,

выраженность болевого синдрома (BP) 66,6, общее состояние здоровья (GH) 118,7, витальность (VT) 93,7, социальное функционирование (SF) 79,1, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) 70,8, психический компонент (MH) 75. Выводы - Проанализировав качество жизни в отдалённый послеоперационный период у пациентов, оперированных по методике ONSTEP 40 пациентов, протекал без особенностей. По методике I.L.Lichtenstein 48 пациентов, послеоперационном периоде отмечен хронический болевой синдром у 5 пациентов (2,4%), у 9 пациентов (4,3%) чувство дискомфорта, и инородного тела в области послеоперационного рубца. По итогам анкетирования MOS SF – 36 результаты опроса в послеоперационном периоде показатели что, (ОГЛ) выше чем в сравнительной группе лечения на 63.3%. Таким образом, протезирование пахового канала по методике ONSTEP имеет более высокие показатели качества жизни.

415. Применение флеботоников в лечении острого и хронического геморроя в амбулаторной практике по результатам анонимного анкетирования хирургов России

Родин А.В., Даниленков Н.В., Привольнев В.В.

Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность Геморрой является одним из наиболее часто встречающихся неопухольевых заболеваний аноректальной области. Особое значение приобретает системное лечение данной патологии и, в частности, применение флеботоников. В связи с этим большой интерес представляет изучение методов лечения геморроя хирургами широкого профиля, которые встречаются с данной категорией пациентов в своей работе. Цель исследования Улучшить результаты лечения пациентов с острым и хроническим геморроем. Материалы и методы В течение 2017-начала 2018 гг. проведено анонимное анкетирование хирургов широкого профиля с опытом лечения острого и хронического геморроя в своей практике. Из

полученных в итоге были отобраны 102 анкеты из 8 регионов России. Анкеты были посвящены местному и системному лечению геморроя в амбулаторной практике. Вопросы, касающиеся системного лечения данной патологии, были следующими: 1) Какой компонент системного лечения острого геморроя Вы считаете самым необходимым? 2) Какой компонент системного лечения хронического геморроя Вы считаете самым необходимым? 3) Если Вы рекомендуете системный венотоник при остром геморрое, то какой? 4) Если Вы рекомендуете системный венотоник при хроническом геморрое, то какой? 5) На какой период времени Вы назначаете венотоники при остром геморрое? 6) На какой период времени Вы назначаете венотоники при хроническом геморрое? 7) Оцените в процентах вклад системной терапии в успех лечения геморроя в амбулаторной практике. Полученные результаты подвергались обработке с применением методов описательной статистики. Результаты При анализе ответов на вопрос 1 было показано, что венотоники назначаются респондентами в 28,2% случаев. Флеботоники назначались чаще, чем противовоспалительные препараты (18,4%), диетотерапия (17,3%), анальгетики (16,6%), антикоагулянты (10,1%), антиагреганты (7,6%) и прочие средства. Оценка полученных ответов на вопрос 2 выявила похожую картину: наиболее часто при лечении хронического геморроя назначаются флеботоники (34,4%) и диетотерапия (28,5%), по сравнению с противовоспалительными препаратами (13,8%), антиагрегантами (11,1%) и другими. Обсуждение ответов на вопросы 3 и 4 представляется сложным без употребления торговых названий лекарственных препаратов, особенно в случаях использования многокомпонентных средств. Из системных венотоников, применяемых при остром геморрое и поставленных респондентами на первое место, наиболее часто назначался препарат «Детралекс» (77,9%), значительно реже – «Флебодиа 600» (11,6%), «Венарус» (4,2%) и прочие препараты. При хроническом геморрое среди флеботоников, поставленных хирургами на первое место, чаще всего назначались «Детралекс» (73,4%), «Флебодиа 600» (12,8%) и «Венарус» (4,3%). При этом 3,5% опрошенных не назначали системное лечение при остром геморрое, а 2,7% – при хроническом. По результатам анкетирования флеботоники назначались при остром геморрое на $20,6 \pm 2,1$ дней (от 5 дней до 3 месяцев), при хроническом – на $48,2 \pm 3,5$ дней (от 6-7 дней до 6 месяцев). Респонденты в среднем оценили вклад системной терапии в успех лечения геморроя на уровне $52,3 \pm 1,8\%$. Заключение Согласно

«Клиническим рекомендациям по диагностике и лечению взрослых пациентов с острым и хроническим геморроем» (Москва, 2013) флеботонические препараты входят в состав комплексного лечения данной категории больных. Анализ полученных данных показал, что флеботоники при остром и хроническом геморрое назначает примерно треть хирургов широкого профиля, причем среди рекомендуемых препаратов более 90% составляют лекарственные средства на основе диосмина либо диосмина в комбинации с гесперидином. Имеется довольно большой разброс значений при выборе сроков приема препаратов. В целом, в ряде случаев имеется относительный дефицит знаний у специалистов по данной проблеме, помочь в решении которой может повышение информированности хирургов на различных профессиональных образовательных мероприятиях, а также в процессе самообразования.

416. Опыт применения транскатетерной артериальной эмболизации при рецидивных гастроудоденальных кровотечениях у пациентов пожилого возраста

*Вербицкий В.Г. (1,2), Синенченко Г.И. (1,2),
Демко А.Е. (1,2), Кандыба Д.В. (1),
Парфёнов А.О. (2), Киселев М.А. (1)*

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия 2) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Эндоскопический гемостаз является золотым стандартом в лечении пациентов с язвенными гастроудоденальными кровотечениями (ЯГДК). Благодаря развитию эндоваскулярных методов гемостаза, транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ) является альтернативой паллиативным оперативным вмешательствам при неэффективности консервативного лечения язвенных кровотечений с применением эндоскопических методов гемостаза, особенно в группе пациентов с высоким риском операции и

неблагоприятного исхода. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 20 пациентов с рецидивным гастродуоденальным кровотечением, у которых была предпринята попытка эндоваскулярного гемостаза для остановки продолжающегося ЯГДК и профилактики рецидива геморрагии в условиях НИИ СП им. И.И. Джанелидзе за период с 2013 по 2017 г. В основную группу были включены пациенты пожилого возраста ($66,7 \pm 7,8$ лет), с высокой коморбидностью и кровопотерей более 30% объема циркулирующей крови. Тяжесть состояния по шкале APACHE II составляла: у 14 пациентов - 26 и более баллов, а у 4 пациентов - 20-25 баллов. В 14 случаях источник кровотечения локализовался в области малой кривизны тела и субкардиального отделов желудка, у 6 пациентов - в области задней стенки двенадцатиперстной кишки. Каллезный характер язвенного дефекта размером 2 см и более отмечен у 8 больных. Активность кровотечения по классификации J.A. Forrest (1974) составила: F 1A – в 2-х случаях, F 1B - в 3-х, F 2A и F 2B, соответственно, у 10 и 5 пациентов. Попытки эндоскопического гемостаза рецидивного ЯГДК оказались неэффективными в трех случаях. В качестве эмболизирующего агента в 10-и наблюдениях применялась комбинация клеевой композиции и микроспиралей, в 3-х – только клеевая композиция, в 4-х - микроспирали и в оставшихся 3-х случаях - комбинация микроспиралей и гемостатической губки. Контрольную группу составили 30 пациентов с ЯГДК, схожие по возрастным показателям и тяжести сопутствующей патологии, которым ТАЭ не выполнялась. Результаты. Технический успех ТАЭ наблюдался в 19 (95%) наблюдениях. У одного пациента эмболизацию выполнить не удалось из-за анатомических особенностей: имелся стеноз проксимального сегмента желудочно-селезеночного ствола на 60%. Клиническая эффективность ТАЭ в виде остановки продолжающегося кровотечения и отсутствия рецидива в дальнейшем была достигнута во всех 19 случаях технически успешной эмболизации. Неблагоприятный исход лечения после выполнения ТАЭ отмечен в 3 наблюдениях (15%). Одна пациентка скончалась на третьи сутки после эндоваскулярного гемостаза вследствие острой сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза. В двух других случаях причиной смерти послужила декомпенсация тяжелых, конкурирующих с ЯГДК общесоматических заболеваний. Рецидива кровотечения и осложнений ТАЭ в основной группе не отмечено. В контрольной группе умерли 7 пациентов (23,3 %). Повторный рецидив

кровотечения возник у 4 (13,3%) пациентов. Двум пациентам удалось выполнить повторный эндоскопический гемостаз с благоприятным исходом, в 2-х случаях выполнено паллиативное оперативное вмешательство. Выводы. Таким образом, в группе пациентов пожилого возраста с тяжелой соматической патологией и рецидивным ЯГДК применение ТАЭ позволяет выполнить гемостаз и предупредить возникновение повторного рецидива кровотечения. Отсутствие существенных отличий между основной и контрольной группами по показателю летальности, по нашему мнению, обусловлено тяжестью общесоматического состояния пациентов, включенных в исследование. Полученные результаты определяют необходимость дальнейших исследований с целью оптимизации показаний и методики выполнения ТАЭ в неотложной хирургии гастродуоденальных кровотечений. Немаловажным является выбор агентов для эмболизации в зависимости от локализации и диаметра источника кровотечения.

417. Опыт использования миниинвазивных вмешательств при лечении больных с холедохолитиазом и холангитом

Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.И., Амбарцумян В.М., Черных С.А., Пашков В.А.

Великий Новгород

Центральная городская клиническая больница

Цель: Сравнительный анализ результатов лапароскопических и эндоскопических вмешательств у больных с холедохолитиазом и холангитом. Материалы и методы: За период с 2015 по 2017 г.г. оперировано 903 больных острым холециститом, среди них лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 844 больных. Сочетание острого холецистита с наличием камней во внепеченочных желчных протоках выявлено у 94 (10,4 %) больных. Для купирования желтухи и холангита у данной категории больных выполнено 67 эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке. Помимо эндоскопии, у 55 больных мы использовали лапароскопический

способ вмешательства на общем желчном протоке. Результаты: Эффективность эндоскопических вмешательств в виде успешной канюляции, папиллосфинктеротомии и литоэкстракции зарегистрировано только у 37 (56 %) больных. Осложнения возникли у 11 больных, наиболее частое в виде острого панкреатита у 7 больных. По одному случаю в виде кровотечения из папиллы, ретродуоденальной перфорации и острого обтурационного холангита. В результате развития острого панкреонекроза умерло 2-е больных старческого возраста. С целью сохранения принципов малоинвазивной хирургии в последние 3 года с учетом вышеизложенных фактов, у 55 больных мы использовали лапароскопический подход для вмешательства на общем желчном протоке. Во время операции перед вскрытием холедоха у 51 больного выполнена интраоперационная холангиография. При подтверждении холедохолитиаза, лапароскопическая холецистэктомия в сочетании холедохотомией и литоэкстракцией под контролем холедохоскопа или С-дуги выполнена у 43 больных (78%). При этом у 41 больного операция была завершена дренированием желчного протока по Керу. Конверсия произведена вследствие технических трудностей у 6 больных, большинство конверсий зарегистрировано на первые 20 операций. В 2-х случаях, после литоэкстракции наложен прецизионный шов на холедох. До операции этим больным была выполнена ЭПСТ, однако эндоскопическая литоэкстракция была безуспешной. У 6 больных при выявлении мелких камней в гепатикохоледохе выполнено лапароскопическое дренирование желчного протока по Пиковскому. В последующем у всех больных выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией с хорошим результатом. Осложнения, которые возникли в послеоперационном периоде условно можно разделить на ранние и поздние. В раннем послеоперационном периоде зарегистрировано 8 осложнений. У 7 больных они проявились в виде желчеистечений по страховочному дренажу, в 4-х случаях они прекратились самостоятельно, у 3 больных осуществлена релапароскопия, с дополнительным наложением швов на холедох. У одной больной, оперированной по поводу синдром Миризи, гнойного холангита возникла перфорация толстой кишки, с толстокишечным кровотечением, что потребовало выполнения правосторонней гемиколэктомии с последующим выздоровлением больной. В позднем послеоперационном периоде осложнения возникли у 3-х больных. Все они были связаны с удалением дренажа Кера из протока с развитием картины желчного перитонита. Для

купирования этого осложнения во всех случаях была проведена релапароскопия с ушиванием желчного свища. Летальный исход отмечен в двух случаях (3,6 %). Возраст больных составил 81 и 92 года соответственно. Непосредственная причина летального исхода не связана с дефектом хирургического пособия. Заключение: При сравнительном анализе 2-х методик, направленных на купирование механической желтухи, количество осложнений в обоих случаях сопоставимо. Однако эффективность лапароскопических вмешательств оказалась более высокой. Количество осложнений при выполнении лапароскопического вмешательства имеет тенденцию к снижению по мере набора опыта операций. Существенным преимуществом лапароскопических вмешательств является низкий риск развития острого панкреатита в отличие от эндоскопической методики. Оба метода являются взаимодополняющими и должны использоваться индивидуально и дифференцированно.

418.Амбулаторная хирургия: проблемы развития в регионе

Нуждихин А.В., Горячев В.В.

Тула

ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница"

Актуальность проблемы: Очевидная выгода и необходимость выполнения амбулаторных операций не обеспечивает значительного роста хирургических вмешательств выполненных амбулаторно. Цель исследования: Проанализировав работу поликлиник в отношении развития хирургической помощи, выявить проблемы в амбулаторной хирургии и наметить пути их решения. Материалы и методы Были проанализированы основные показатели работы поликлиники в соответствии с отчетом об итоговых сведениях по хирургической службе, принятые в ЦФО, за 2015-2017 годы. Результаты и их обсуждение В динамике за 3 года отмечено прогрессивное снижение количества прикрепленного взрослого населения в Государственных учреждениях здравоохранения Тульской области. В 2015 году 1340048, в 2016г. –

1236723, в 2017г. – 1253953. Уменьшение 86095 за 3 года. Так же уменьшается количество физических лиц врачей хирургов в поликлинике со 116 в 2015г. до 95 в 2017г. Так же снижается количество оперированных больных. В 2015г.-20101, в 2016г. – 29344, в 2017г. – 24142. Уменьшилось и количество операций: 2015г.-29326, 2016г. – 30015, 2017г. – 24782. Хирургическая активность остается на прежнем уровне и соответствует 4,0% (в 2016 – 4,1). По операциям амбулаторного уровня, выполненных в поликлинике с тенденцией к росту вмешательства по поводу панариция (2015г. – 1741, 2016г. – 1732, 2017г. – 1773), вскрытие абсцессов (2015г. – 1423, 2016г. – 2002, 2017г. – 2254), биопсии (2015г. – 3000, 2016г. – 2712, 2017г. – 3210). По операциям стационарного уровня увеличилось количество операций на венах (2015г. – 8, 2016г. – 14, 2017г. – 32). Снизилось количество грыжесечений при неущемленной грыже (2016г. – 70, 2017г. – 58), эндоскопических операций (2015г. – 66, 2016г. – 68, 2017г.– 6). Не производятся лапароскопические операции. Количество анестезиологических пособий в поликлинике остается на прежнем уровне (2015г. – 30, 2016г. – 50, 2017г. – 45). При анализе основных показателей обращает на себя внимание тенденция к снижению их количественных характеристик, особенно в отношении затратных операций (эндоскопические, лапароскопические, использование аллотрансплантатов и др.). При этом оплата за законченный случай стационарного лечения и ту же операцию, выполненную амбулаторно, разнятся от 3 до 6 раз. Выводы Основные проблемы в развитии амбулаторной хирургии: 1. Низкая заинтересованность главных врачей учреждений в развитии амбулаторной хирургии. 2. Низкая заинтересованность хирургов стационара в амбулаторных операциях. 3. Низкая мотивация хирургов поликлиник в развитии амбулаторных операций. 4. Отсутствие окупающего затраты тарифа на амбулаторную хирургию. Предложения 1. Разработать тариф на производство операций стационарного уровня в амбулаторных условиях, окупающий затраты на производство операций. 2. В крупных хирургических стационарах предусмотреть возможность организации коек короткого пребывания для выполнения амбулаторных операций.

419. Проблемы подготовки хирургов к оказанию помощи раненым в военных конфликтах

Гончаров А.В., Самохвалов И.М., Петров А.Н., Суворов В.В., Маркевич В.Ю., Носов А.М., Скакунова Т.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Подготовка хирургов по вопросам военно-полевой хирургии (ВПХ) является крайне важной проблемой организации оказания хирургической помощи раненым. Основную работу в этом направлении традиционно проводит кафедра ВПХ Военно-медицинской академии, обучая до 80 хирургов на курсах повышения квалификации и 20 хирургов по программе переподготовки специалистов в год. Однако опыт участия специалистов кафедры ВПХ в оказании помощи раненым указывает на недостаточный уровень подготовки военных хирургов к самостоятельной работе. Цель исследования: на основании оценки структуры пострадавших в клинике ВПХ и характера проведенного хирургического лечения изучить возможности и достаточность клинической базы для обеспечения подготовки хирургов по вопросам военно-полевой хирургии. Материал исследования: проведен ретроспективный анализ 1255 историй болезни пострадавших, поступивших в клинику ВПХ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в 2011-2015 гг. Анализировались структура и тяжесть травм и ранений, а также характер проведенного лечения. Сравнение проводилось с данными о работе МОСН в ходе локального конфликта на Северном Кавказе (1999-2002гг.). Результаты и обсуждение: в массиве пострадавших клиники ВПХ преобладали мужчины (75,8%) трудоспособного возраста (средний возраст 36,8±0,56 лет). У 72,9% пострадавших имелись сочетанные повреждения. Большинство поступили с травмами (70,7%), основной причиной которых были дорожно-транспортные происшествия (58,6%). Среди ранений преобладали колото-резанные ранения (80,1%), в то время как в военных конфликтах 57,2% составляют огнестрельные ранения. Общая тяжесть повреждений составила 6,5±0,26 по шкале ВПХ-П – повреждения тяжелые. Выявлено как достоверное снижение количества пострадавших, поступавших в клинику, так и увеличение количества дежурств без поступлений. Так с 2011-2012 гг. по 2012-2013 гг. количество поступлений снизилось на 82 человека

(19,4%, $p = 0,007762$), с 2012-2013 гг. по 2013-2014 гг. – на 47 человек (13,7%, $p = 0,033181$), а с 2013-2014 гг. по 2014-2015 гг. – еще на 93 человека (31,7%, $p = 0,02205$). Из 1461 дня анализируемого периода пострадавшие не поступали в течение 764 дней (52,3%), причем показатель этот достоверно нарастал в динамике. Из всего объема проведенных операций были выделены наиболее значимые в подготовке специалистов: лапаротомия (6,8%), торакотомия (0,6%), ПХО ран (26,0%), наружная фиксация переломов костей конечностей (10,0%) и таза (2,8%), трахеостомия (4,0%), операции на магистральных сосудах (1,3%), ампутация конечностей (0,2%). В структуре операций отмечались сопоставимые доли лапаро- и торакотомий, операций на магистральных сосудах в мирное и военное время. В МОСН гораздо чаще выполнялись операции ПХО ран мягких тканей (58,5% против 26 % в клинике), ампутации конечностей (3,3% против 0,2% в клинике). Почти 13 % операций в клинике составили операции наружной фиксации переломов костей конечностей и таза (в МОСН не выполнялись). Анализ хирургической активности в клинике ВПХ выявил ее ежегодное снижение. Средняя частота операций за цикл обучения к 2014-2015 гг. по сравнению с 2011-2012 гг. снизилась примерно в 2 раза. Самыми частыми операциями были ПХО ран (18,4 операций в месяц в 2011-2012 гг., 8,3 - в 2014-2015 гг.). Такие операции, как торакотомия, операции на магистральных сосудах, фиксация переломов костей таза могли ни разу не выполняться за весь цикл обучения слушателей. Таким образом, учитывая достоверное снижение количества поступающих в клинику пострадавших, частоты выполнения основных оперативных вмешательств, некоторое различие в структуре ранений и травм мирного и военного времени, для улучшения подготовки военно-полевых хирургов необходимо внедрение новых форм обучения.

420. Наши достижения и перспективы лапароскопического лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости

*Абдулжалилов М.К. (1), Иманалиев М.Р. (1),
Абдулжалилов А.М. (2), Гусейнов А-К.Г. (1),
Ашурлаев К.М. (1), Закариев З.М.,
Магомедов М.А. (1), Исаев Х.М-Р. (1)*

Махачкала

ГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» (1),
ГБУ РД «РКБ-ЦСЭМП»(2)

Актуальность. Число пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью имеет тенденцию к росту. Причиной тому считают увеличение диапазона обширных длительных симультанных травматических хирургических вмешательств по поводу осложненных форм хирургической патологии, что связано с ростом показателя поздней госпитализацией пациентов с острой хирургической патологией. Материал и методы. В работе представлен ретроспективный анализ результатов лечения 65 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. Среди них мужчин было 26(40,0%), женщин – 39(60,0%). Пациенты распределены на 2 группы: контрольная – 35 пациентов, основная – 30. По возрасту пациенты контрольной группы распределились следующим образом: до 40 лет – 40,9%, от 41 до 60 лет – 31,8% и старше 60 лет – 27,3%, а основной – 26,7%, 53,3% и 20,0% соответственно. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость развилась после аппендэктомии – в 28,6% случаев, кесарева сечения - в 17,9%, ампутации матки и операции на толстой кишке – в 7,1%, ушивания перфоративной язвы, холецистэктомии, диагностической лапароскопии, операции по поводу вентральной грыжи и туберкулезу брюшины – в 3,6%. В 7,1% случаев пациент не вспомнил перенесенную операцию, а у 14,4% пациентов операций в анамнезе не было. Одну операцию перенесли 35 (53,9%) пациентов, две – 15(23,1%), три – 9(13,9%) и четыре – 6(9,2%). При госпитализации всем пациентам выполняли УЗИ брюшной полости. При этом диагностировано наличие серозного выпота от незначительного количества до 500 мл в 25,0% случаев, расширение петель тонкой кишки – в 30,0%, утолщение стенки - в 4,7%, маятникообразное движение содержимого кишки – в 20,3%, пневматизацию толстой кишки – в 12,5%, пневматизацию тонкой кишки – в 3,1%, вялую

перистальтику – в 3,1%, усиленную перистальтику тонкой кишки в 1,6%. Операцию выполняли после всестороннего обследования, осмотра специалистов и предоперационной подготовки. Через 6 часов после начала заболевания было оперировано 2,8% пациентов, до 12 часов – 22,2%, до 24 часов – 27,8%, до 48 часов – 11,1%, до 72 часов – 16,7%, до 96 часов – 8,3%, более 96 часов – 11,1%. Пациенты контрольной группы оперированы традиционным способом – лапаротомия, рассечение спаек, ликвидация непроходимости, назоинтестинальная интубация, лаваж и дренирование брюшной полости. Пациентам основной группы было выполнено лапароскопическое рассечение спаек и ликвидация тонкокишечной непроходимости. Все пациенты оперированы под ЭТН. В 59,1% случаев выполнена конверсия. Причинами для конверсии послужили в 23,1% случаев массивный спаечный процесс, в 15,4% - десерозирование петли тонкой кишки, в 7,7% - раздутые петли тонкой кишки, в 7,7% - интимное припаяние кишечной петли к послеоперационному рубцу, в 7,7% - сомнения в жизнеспособности кишечника, в 7,7% - спаечный процесс в малом тазу, в 7,7% - спаечный конгломерат, в 7,7% - межпетельный лигатурный абсцесс. Начинали операцию с открытой лапароскопии по Хассону, при которой оценивали локализацию и распространенность спаечного процесса в брюшной полости, диаметр кишечных петель, возможность осмотра области послеоперационного рубца. Анализ протоколов операции показал, что при традиционном способе хирургического лечения причинами острой спаечной тонкокишечной непроходимости послужили: по 9,1% случаев – припаяние кишечной петли к послеоперационному рубцу, хронический межпетельный лигатурный абсцесс, интимное припаяние петель тонкой кишки к дну малого таза, к культе матки, одиночный штрэнг, а в 36,4% - выраженный распространенный спаечный процесс. В протоколах лапароскопического рассечения спаек отражены следующие причины острой спаечной тонкокишечной непроходимости: в 37,5% случаев – одиночный штрэнг, в 25,0% - припаяние петли тонкой кишки к послеоперационному рубцу, в 20,8% - припаяние сальника к послеоперационному рубцу, в 8,3% - спаечный конгломерат, 8,4% - припаяние тонкой кишки к дну малого таза. Полученные результаты. Средняя длительность традиционной операции составила 140+23,5 мин, лапароскопической – 77,7 + 11,4 мин. Послеоперационный период в контрольной группе пациентов протекал более тяжело, чем в основной с явлениями послеоперационного пареза

кишечника, выраженным болевым синдромом. Наркотические анальгетики получали все пациенты контрольной группы: 2 раза – 15,4% пациентов, 3 раза – 23,1%, 4 раза – 15,4%, 5 раз – 23,1%, 6 раз – 23,1%. После лапароскопической операции наркотические анальгетики получали лишь 77,7% пациентов: 1 раз – 35,7%, 2 раза – 28,6%, 3 раза – 21,4%, 4 раза - 7,1%. Средняя длительность стационарного лечения в контрольной группе составила 10,4 койко-дня, а после лапароскопического рассечения спаек – 7,3 койко-дня, что меньше показателя контрольной группы на 29,8%. Послеоперационная летальность в контрольной группе пациентов составила 4,6%, а в основной – 13,3%. Причиной летального исхода у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью послужили: после традиционной операции - эндотоксический в стадии декомпенсации, а в основной – аспирационный синдром у пациентов 77 и 88 лет. Обсуждение. Длительность послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта после традиционной операции превышало почти в 2 раза, что было связано с длительностью и травматичностью вмешательства, а также с болевым и компартмент-синдромом. Об этом же свидетельствуют длительность обезболивания в послеоперационном периоде и количество инъекций наркотических анальгетиков. Менее выраженный болевой синдром при лапароскопической операции позволял раннюю активизацию пациентов, что способствовало снижению частоты легочных и раневых осложнений, а также улучшению качества жизни. Выводы и предложения. По данным УЗИ, выполненного до операции, возможно с большой достоверностью определить хирургическую тактику лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Наличие маятникообразного движения содержимого кишечных петель является абсолютным показанием для хирургического лечения. При наличии выпота в брюшной полости более 150 мл, расширение тонкокишечных петель более 30мм с толщиной стенки более 3 мм, вялой перистальтике кишечных петель целесообразно выполнение традиционной операции. При запущенной форме ОКН необходимо дренировать тонкую кишку для аспирации содержимого и декомпрессии не только субоперационно, но и в раннем послеоперационном периоде. Необходимо разработать назоинтестинальный зонд, способ его проведения в начальный отдел тонкой кишки при лапароскопическом рассечении спаек, а также способ профилактики «тихой» аспирации у пациентов, находящихся на продленной ИВЛ. Решение этих проблем позволит улучшить

результаты видеоэндохирургических вмешательств при острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

421. Влияние ферментативного панкреатита на течение поздней фазы острого деструктивного панкреатита.

*Куликов Д.В. (1), Корольков А.Ю. (1),
Морозов В.П. (1), Гольцов В.Р. (2),
Ваганов А.А. (1), Попов В.Н. (1)*

Санкт-Петербург

1) ПСПБГМУ им.И.П. Павлова 2) НИИ Скорой помощи им.И.И.Джанелидзе

Острый панкреатит - это одна из наиболее актуальных тем неотложной хирургии брюшной полости. Это подтверждается численностью заболевания, которое составляет от 10% до 25 % от общего числа больных хирургического профиля. Наиболее значимым фактом является неуклонный рост деструктивных форм заболевания, которые составляют 20-44% среди больных острым панкреатитом. Целью исследования было оценить влияние выраженности ферментативного парапанкреатита на течение острого деструктивного панкреатита. Нами проанализировано 100 историй болезни пациентов с острым деструктивным панкреатитом, из них 63 больных на момент поступления оценивались как среднетяжелый, 37 как тяжелые по шкале критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита (НИИ СП И.И. Джанелидзе - 2006г), Все пациенты получали терапию согласно национальным клиническим рекомендациям 2014 года. Пациенты с летальным исходом, в исследование не включались. Пятидесяти трем пациентам, в связи с наличием ферментативного перитонита выполнена лапароскопическая санация брюшной полости. У этих пациентов также интраоперационно оценены признаки парапанкреатита, его выраженность и наличие геморрагического пропитывания парапанкреатической клетчатки. Из них у 30 пациентов признаков выраженного парапанкреатита выявлено не было, что потребовало только лапароскопической санации

брюшной полости (25 пациентов со среднетяжелым панкреатитом, 5 пациентов – с тяжелым). Двадцати трем пациентам, учитывая выявленные интраоперационные изменения в виде значительного распространения парапанкреатита, геморрагического пропитывания параколлитической клетчатки, или выраженного ее отека, потребовалось вскрытие забрюшинной клетчатки с целью ее декомпрессии (8 пациентов со среднетяжелым панкреатитом, с тяжелым – 15 пациентов). Таким образом, среди оперированных больных, в группе пациентов с выраженным поражением парапанкреатической клетчатки, 65 % (15 пациентов) пациентов с тяжелым течением панкреатита, соответственно 35 % (8 пациентов) - со среднетяжелым. В группе оперированных больных с отсутствием признаков выраженного парапанкреатита 83 % (25 пациентов) имели среднетяжелое течение, 17 % (5 пациентов) - тяжелое течение. Гнойно-некротические осложнения у оперированных пациентов развились в 26,3 % случаев (14 пациентов), при этом пациенты с выраженным парапанкреатитом составили 20,7 % (11 пациентов) от числа всех оперированных пациентов. Пациентам без признаков ферментативного перитонита (47 пациентов), выраженность парапанкреатита оценивалась по данным визуализирующих методов обследования - УЗИ брюшной полости и компьютерная томография брюшной полости. Критерием выраженного парапанкреатита считалось наличие отека парапанкреатической клетчатки вокруг железы, неотграниченного скопления жидкости, распространенность парапанкреатита до фасции Герота и за ее пределы, из них 17 пациентов с тяжелым течением, 30 пациентов со среднетяжелым течением. Выраженный парапанкреатит наблюдался в 28% (13 пациентов) случаях, со среднетяжелым панкреатитом - 4 пациента, с тяжелым течением - 9 пациентов. Гнойно-некротические осложнения развились в 4 случаях (8,5%), все пациенты с гнойно-некротическими осложнениями относились к группе с тяжелым течением панкреатита. В группе пациентов без признаков выраженного ферментативного парапанкреатита гнойно-некротических осложнений не наблюдалось. Таким образом, на основании проанализированного материала можно сделать вывод, что объем и характер ферментативного парапанкреатита, имеет значимую роль в течении острого деструктивного панкреатита, а так же в формировании гнойно-некротических осложнений. А методы лечебного воздействия и профилактики его формирования ограничены, что требует поиска новых методов

терапевтического воздействия на формирующийся парапанкреатит, как на один из важнейших компонентов острого деструктивного панкреатита.

422. Поперечная лапаротомия и ее пространственные характеристики.

*Савостьянов И.В., Данильченко И.Ю.,
Баранов А.И., Лецишин Я.М.*

Новокузнецк

НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России. ГБУЗ КО Новокузнецкая городская
клиническая больница №1.

Актуальность. В современной абдоминальной хирургии первенство среди оперативных доступов принадлежит вертикальным разрезам. Однако по данным многих авторов поперечная лапаротомия обладает преимуществами по ряду многих причин, таких как: малотравматичность; послеоперационные осложнения в виде дыхательных расстройств в раннем послеоперационном периоде, количеству вентральных грыж; и в исходе доступ сопровождается менее выраженной послеоперационной болью и лучшим косметическим результатом. Материал и методы. С помощью 40-срезового томографа Siemens Somatom Sensation 40 измерялись параметры операционного доступа по А.Ю. Созон-Ярошевичу с условной шириной доступа 10см, к 6 крайним отдаленным точкам брюшной полости (левый купол диафрагмы, пищеводное отверстие диафрагмы, правый купол диафрагмы, левая подвздошная ямка, пузырно/маточно-прямокишечная ямка и правая подвздошная ямка) у 46 пациентов, также было выполнено анатомическое исследование на 5 трупных материалах. На основании данных измерений выполняли поперечную лапаротомию у 35 пациентов средний возраст которых составил 63 года, из них 14 мужчин и 21 женщина. Средний класс по шкале ASA 3,8, по шкале CEPOD17 пациентов имели 4 класс, 12 - 3 класс, 3 – 2 класс и 3 пациента 1 класс. 71,4% (25 из 35) операций производились в экстренном порядке, и только 28,6% (10 из 35) в плановом. Причиной оперативного вмешательства 62,9% (22 из 35)

явились злокачественные новообразование органов ЖКТ, 14,3% (5 из 35) перфорация полого органа, 11,4% (4 из 35) язвенные стенозы желудка и ДПК, прочее 11,4% (4 из 35). Полученные результаты. Данные по измерениям параметров операционного доступа по А.Ю. Созон-Ярошевичу с помощью МСКТ и анатомического исследования незначительно разнятся. Так угол операционного действия по длине/ширине к левому куполу диафрагмы составил 76/29 градусов по МСКТ и 56/23 по анатомическому исследованию, к пищеводному отверстию диафрагмы 93/33 и 63/29 соответственно, к правому куполу диафрагмы 74/28 и 58/22, к левой подвздошной ямке 55/13 и 52/21, к пузырно/маточно-прямокишечной ямке 53/11 и 46/15, к правой подвздошной ямке 55/13 и 54/22. Что касается интраоперационных данных, то во время всех 35 операций технических трудностей, связанных с доступом, не возникло. Среднее время оперативного вмешательства составило 136 минут. 8 пациентов погибли в раннем послеоперационном периоде. У 27-и выживших пациентов, было 3 случая осложнений (11%). 2 серомы послеоперационного рубца и 1 нагноение послеоперационной ран. Выжившие пациенты были выписаны из стационара в среднем на 13-ые сутки после операции. Обсуждение. Полученные данные по измерениям параметров операционного доступа с помощью МСКТ и анатомического исследования незначительно разнятся. Так мы можем наблюдать, что МСКТ показывает лучшие пространственные характеристики операционного доступа во всех точках, за исключением углов операционного действия по ширине на крайних нижних точках брюшной полости, где лучшие результаты показало анатомическое исследование. Причиной этому может быть недостаточность анатомического материала. Выводы. Поперечная лапаротомия может широко использоваться в абдоминальной хирургии, и быть альтернативой срединной лапаротомии. К сожалению особенности течения послеоперационного периода, при её использовании еще мало изучено, что требует дальнейшего сбора данных.

423. Десятилетний опыт применения лапароскопической холецистолитотомии при холецистолитиазе

*Шкатов Д.А.(1), Мартусевич А.Г.(2),
Тихонов В.И.(2), Грищенко М.Ю.(2)*

Томск

1-Томский областной онкодиспансер,
2-СибГМУ, кафедра общей хирургии

Актуальность: В настоящее время решение желчекаменной болезни, к сожалению, сводится, в основном лишь к единственному методу лечения – оперативному удалению желчного пузыря – операции холецистэктомии, которая признана «золотым стандартом» в лечении ЖКБ. Однако, одним из главных недостатков ХЭ является потеря желчного пузыря как органа с важными для пищеварения функциями. При удалении функционирующего желчного пузыря, у 15-40% больных возникает «новая» болезнь, которую объединяют в клинический симптомокомплекс под названием «постхолецистэктомический синдром» (МКБ 10; K.91.5), что в половине случаев является функциональными нарушениями органов пищеварения вследствие дисфункции сфинктера Одди. Другими способами лечения ЖКБ, внесшими некоторое разнообразие в диапазон лечебных мероприятий, являются экстракорпоральная литотрипсия, пероральный и контактный химический литолиз. Крайне редко используется операция холецистолитотомии, в основном, при тяжелом общем состоянии пациентов с острым калькулезным холециститом. Именно с этим может быть связано большое число рецидивов холецистолитиаза, по разным данным от 10 до 50%. В настоящее время нет четко сформулированных показаний и противопоказаний к этому виду лечения, что, безусловно, сказывается на количестве рецидивов. Операция холецистолитотомии осуществима в лапароскопическом варианте. Материалы и методы: работа основана на наблюдении за 180 пациентами, разделенными на 2 группы – 75 пациентам выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита с неосложненным течением. Во вторую группу наблюдения вошли 105 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая холецистолитотомия по поводу ЖКБ, холецистолитиаза. Показаниями для органосохраняющей операции были: отсутствие

явных клинических проявлений ЖКБ; отсутствие признаков холестаза и цитолиза при биохимическом исследовании крови; имеющийся смещаемый солитарный камень в полости ЖП; сохраненная сократительная способность ЖП более 30 – 50% от первоначального его объема; отсутствие признаков желчной гипертензии и заболеваний гепатобилиарной зоны (хронический панкреатит, язвенная болезнь ДПК; отсутствие признаков острого воспаления стенки ЖП и признаков перипроцесса интраоперационно), возраст от 18 до 65 лет. Противопоказаниями служили: воспалительные изменения в стенке ЖП; множественный холецистолитиаз; утрата функций ЖП, холестероз желчного пузыря. После выписки пациентам с ХЛТ назначали курсовое лечение литолитическим препаратом «Урсосан» в стандартной дозировке по разработанной схеме. Контрольное УЗИ выполняли через 6, 12 месяцев после выписки из стационара, затем каждый год. При выявлении билиарного сладжа литолитическую терапию назначали вновь до полного лизиса гиперэхогенной взвеси. Результаты и обсуждение: за 10 лет пролечено по данной методике 124 пациентов. Диспансерным учетом из них охвачено 105. Мы провели сравнение с пациентами, перенесшими стандартную холецистэктомия. В группу вошли 75 пациентов с одиночными или несколькими конкрементами в желчном пузыре без выраженных макроскопических воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. Сроки наблюдения составили от 2 до 10 лет после операции. При выполнении контрольной ФГДС в различные сроки после операций в группе пациентов с холецистэктомией выявлен рефлюкс желчи в желудок в 68%, в пищевод в 20%. После холецистолитотомии рефлюкс желчи в желудок в 16,8%. Анкетированием выявлено, что ряд больных после холецистэктомии беспокоит расстройство пищеварительной системы, выражающееся болями в эпигастральной области 8% и правом подреберье у 16% пациентов, тошнотой 8%, вздутием живота 9,3%, изжогой 5,3%, повышенной утомляемостью 6,6%. У 3-х пациентов было встречено развитие диареи до 2-3,5 месяцев после операции. После выполненной холецистолитотомии – описанных симптомов не встретилось. В целом, за 10 лет наблюдения выявлено 12 случаев рецидива образования камней в желчном пузыре, что составило 11,4%. Десять из этих пациентов прооперированы нами и нашими коллегами. Выраженных изменений стенки желчного пузыря в зоне перенесенной операции выявлено не было. Выводы: лапароскопическая холецистолитотомия позволяет сохранить функционирующий желчный

пузырь, полноценно участвующий в пищеварении и уменьшить вероятность появления дисфункции сфинктера Одди и панкреатита. Считаем возможным проведение лапароскопической холецистолитотомии по показаниям с последующим проведением динамического УЗИ - наблюдения и медикаментозного лечения для профилактики так называемого постхолецистэктомического синдрома.

424. Первый опыт терапевтического ангиогенеза в лечении больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

*Красовский В.В.(1), Василенко А.А.(1),
Борисов В.А.(2).*

Саратов

1) ГУЗ ОКБ, 2) СГМУ им. В.И. Разумовского.

Ишемические поражения нижних конечностей занимают важное место в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости. Распространённость ишемии нижних конечностей среди населения старше 50 лет составляет 5-8%. Несмотря на то, что в арсенале сосудистых хирургов имеется несколько способов хирургической коррекции около 20-30% пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) относятся к "неоперабельным", что связано с дистальными и многоэтажными формами поражений сосудов. Одним из основных путей в лечении данной группы пациентов может быть использование препаратов для терапевтического ангиогенеза с целью сохранения конечности. Цель: оценить результаты использования препарата Неоваскулген в лечении больных с ХОЗАНК. Материалы и методы: В отделении сосудистой хирургии ОКБ г.Саратова за период с 2016 по 2017 год проведено лечение препаратом Неоваскулген 7 больным с хронической ишемией нижних конечностей III степени по Покровскому-Фонтейну, с окклюзирующим поражением подколенной артерии и артерий голени, которые были признаны "неоперабельными". Средний возраст пациентов 57±3,1 лет, 70% – мужчины, 3 больных страдали сахарным диабетом 2 типа. Дистанция без болевой

ходьбы составляла 20±5,7 метров, у 5 больных отмечалась боль в покое. Всем больным проводилось дуплексное исследование артерий нижних конечностей с измерением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) с целью оценки выраженности атеросклеротического поражения и состояния коллатерального кровотока. Средние показатели ЛПИ составили - 0,40±0,03. Помимо инъекций препарата Неоваскулген по стандартной схеме больные получали антиагрегантную, ангиопротекторную, а 2 пациента и антикоагулянтную терапию. Дальнейшая оценка результатов лечения проводилась через три и шесть месяцев. Результаты: За время наблюдения и лечения (7±1,5 месяца) у всех больных удалось сохранить больную конечность. Через 3 месяца наблюдения клинически отмечено купирование боли в покое у двух пациентов, увеличение дистанции без болевой ходьбы у 3 пациентов. Дистанция без болевой ходьбы составляла 50±7,3 метров, а показатели ЛПИ 0,46±0,02. Через 6 месяцев наблюдения клинически отмечено купирование боли в покое у 4 пациентов, увеличение дистанции без болевой ходьбы у 5 пациентов до 65±9,6 метров, а показатель ЛПИ возрос до 0,50±0,04. Выводы: Препараты для терапевтического ангиогенеза не являются альтернативой реконструктивной хирургии, их применение у больных с ХОЗАНК требует дальнейшего исследования. Однако, первый опыт использования терапевтического ангиогенеза у больных с дистальным типом поражения и отсутствием условий для выполнения хирургической коррекции артериального русла, даёт обнадеживающие результаты, позволяя улучшить качество жизни больных и снизить количество ампутаций.

425.Эндоскопическое билиарное стентирование у пациентов с первичным антеградным наружным желчеотведением

Оноприев А. В., Аксенов И.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
кафедра хирургии №1 ФПК и ППС

Актуальность Количество пациентов поступающих в экстренный стационар с различными осложнениями злокачественных опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны не имеет тенденции к снижению. Среди них появилась группа больных, которым ранее выполнено наружное дренирование билиарной системы под УЗИ контролем. В настоящее время после пункционной установки дренажного катетера в желчный пузырь или проток, с целью уменьшения проявлений печеночной недостаточности и эндотоксикоза, обусловленных холестазом, большинство пациентов выписывают на амбулаторное лечение с рекомендацией - « до нормализации уровня билирубина». Однако наружное отведение желчи, особенно при длительных сроках, приводит к глубоким нарушениям гомеостаза вследствие нарушения физиологической циркуляции желчи. В случаях облитерации, смещения или выпадения катетера, положение становится критическим, что требует экстренного вмешательства. Несомненное преимущество имеют различные способы внутреннего или наружно-внутреннего дренирования желчных путей, поскольку они способствуют полному или частичному восстановлению естественного пассажа желчи, что является основным условием улучшения качества жизни данной категории больных. Материал и методы В нашей клинике попытка выполнить билиарное стентирование предпринята у 26 пациентов с первичным антеградным наружным желчеотведением в возрасте от 41 года до 86 лет. Мужчин- 17, женщин- 9. У 3 пациентов осуществить стентирование не удалось. В 2-х случаях из-за сдавления ДПК опухолью, а в одном- из-за прогрессирования печеночной недостаточности, приведшей к летальному исходу через сутки после вынужденной установки назобилиарного дренажа. У 6 из 23 пациентов был рак общего желчного протока, рак головки поджелудочной железы- у 15 больных, рак желчного пузыря-у 2-х человек. Показанием для эндоскопического стентирования было нарушение желчеоттока с развитием

механической желтухи и гнойного холангита у 12 пациентов. В 2-х случаях- случайное удаление трубки на амбулаторном этапе лечения, в 5- дислокация с нарушением оттока, и у 5 пациентов произошла облитерация просвета дренажа при длительном стоянии. В 11 случаях стентирование выполнено в плановом порядке после подтверждения неоперабельности опухоли с целью улучшения качества жизни. При наличии гнойного холангита стентирование выполнялось только после полной санации протоковой системы с помощью предварительной установки назобилиарного дренажа. Пластиковые стенты 10 - 11.5 Fr устанавливали после этапной дилатации с помощью набора пластиковых бужей и системы доставки. Контроль положения стента осуществляли рентгенологически и эндоскопически. Результаты Осложнений связанных с миграцией стентов в данной группе не было. Металлические стенты не устанавливали из-за высокой стоимости. Выводы: 1. При отсутствии условий для выполнения радикальных оперативных вмешательств необходимо сразу дополнительно производить внутреннее дренирование желчных протоков, в соответствии с текущими возможностями лечебного учреждения. 2. При наличии условий (согласие пациента) после стентирования целесообразно оставлять установленный антеградно катетер для контроля, санации и желчеотведения в случае обструкции стента.

426.Раны. Оптимизация лечения переломов костей конечностей с мягкотканно- костными дефектами, костными кистами

Валкадов В.В.

Минеральные Воды

ГБУЗ СК «Минераловодская РБ»

Актуальность. Лечение посттравматических и постоперационных ран, с мягкоткано-костными дефектами, кистами длинных трубчатых костей, были и остаются трудноразрешимой проблемой травматологии и ортопедии. Разработанный академиком Г.А. Илизаровым способ КДО его аппаратом, позволил «возмещать и замещать» большие мягкоткано-костные дефекты без

пересадки трансплантатов, дозированной тракции мягких тканей, костных отломков, костных «отщепов», а при эксхондрезации костных кист- «возбуждать остеогенез, дозированной компрессией в КДО- аппарате». Несмотря на оригинальные разработки Г.А.Илизарова, лечение костно- мягкотканых дефектов конечностей, патологических переломов, солитарных кист- остаётся сложной и трудновыполнимой задачей. Цель и задачи. На основе разработанных Г.А. Илизаровым методик, создать управляемый и контролируемый ткане- остеогенез, для оптимизации сращения переломов с мягкотканно- костными дефектами, костными кистами, с патологическими переломами и без переломов. Материалы и методы. Нами, в травматологическом отделении, пролечено больных: 1.открытые переломы костей голени с мягкоткаными дефектами размерами- от 3,5 до 8х18 см., костными дефектами- от 2,5 до 6 см. (15-ть б/х), с хроническим остеомиелитом, из них с сочетанным, закрытым переломом бедра(1); а) произведено (6-24 часа) ПХО ран, остеосинтез -КДО голени (14), КДО голени и бедра(1), - с дистракцией (с 3-10 суток, по 0,5-1мм в сутки,) костного отломка, проксимального отдела б/ берцовой кости, связанного с надкостницей и мышцам (6-ть) , - дистракцией свободно лежащего в мышцах отломка (4) , - дистракцией секвестрированного отломка (1-н, через 45 дней) - дистракцией костного «отщеп»(3х5 см.) б/берцовой, с грануляционными тканями на нём через 25-40 суток (4), 2. солитарные костные кисты большеберцовой кости (16), ф- от 2,5 до 4-х см, с патологическими переломами(5), без переломов (11), производилась малоинвазивная операция- эксхондрезация, с криоабластикой «ложе кисты» жидким азотом, с заполнением полости кисты поднадкостнично- губчатым аутооттрансплантатом , КДО голени(3), гипс иммобилизация (13). Возраст от 7 до 40 лет. 3. остеобластокластома (ОБК) н/з лучевой кости (1), размером 4.5х 14,5 см, в стадии малигнизации, девушка, 18 лет. Произведена операция: наднадкостничная резекция н/з лучевой кости в пределах здоровых тканей -16 см, с абластикой «ложе опухоли» жидким азотом, с замещением дефекта поднадкостничным аутооттрансплантатом малоберцовой кости 17,5 см., с внедрением его в дистальном отделе и остеосинтезом по типу «русского замка» в проксимальном отделе, с дополнительной фиксацией двумя(2) шурупами. Результаты.1.Переломы срослись и раны зажили, клинически, R-gr выздоровление у больных: - трех(3) , в сроки-5,5-6,5 месяцев, одиннадцати (11)- 8-14 месяцев, у одного(1), с переломом голени и бедра -

17 месяцев, причем свищ(хронический остеомиелит н/з голени) закрылся за26 месяц. 2. костные кисты, рецидивов не было. Клиническое выздоровление через 4-6 месяцев, с полной костной перестройкой (R-контроль только через год). 3. остеобластокластома н/з луча, состояние после аутооттрансплантации м/берцовой костью, через год, на R-граммах -полное сращение дистального и проксимального концов трансплантата, с выраженной перестройкой трансплантата, через 20 лет – клиническое наблюдение –рецидивов нет. Выводы: Наиболее эффективным способом лечения открытых переломов с мягкоткано-костными дефектами остается методики Г.А.Илизарова, - обнадёживающим, но малоизученным остаётся способ перемещения грануляционной ткани, - малоинвазивная эксхондрезация, крио-абластика «ложе» костной кисты жидким азотом, с замещением дефекта поднадкостнично-губчатым аутооттрансплантатом, по нашему мнению, может быть использован как один из способов лечения костных кист, - крио-абластика, аутооттрансплантация малоберцовой кости в постоперационный дефект н/з лучевой кости, при ОБК, может рассматриваться как казуистика, операция отчаяния.

427. Прободная язва ДПК и желудка. Клинические рекомендации. Результаты

Козлов В.А.(1,3), Козлов И.В.(1), Левчик Е.Ю.(1), Тырсин А.Н.(2), Ходаков В.В.(1), Овчинников В.И. (1), Зеленцов И.В.(1)

Екатеринбург

УГМУ (1), УрФУ (2), УрО РАН (3)

Актуальность. Во многих публикациях отмечается противоречивая оценка летальности после ушивании ПЯ. Ряд авторов указывают, что при выборе вида операции необходимо ориентироваться не только на техническую простоту, но учитывать их обоснованность и эффективность. В Национальных и утвержденных МЗ РФ рекомендациях, послеоперационная (ПО) и общая летальность практически не рассматриваются. Этим вопросам и посвящена работа. Материал и методы. Сравнительный анализ результатов лечения 5738(99,5%) из 5769 больных с

ПЯ, поступивших в ЛПУ города в 1996–2014гг., разбитых на 3 периода. Сравнение показателей проводили с использованием схемы Бернулли и 99% интервальных оценок. Результаты и обсуждение. Ушивание ПЯ в 1996–2000гг. из 1781больных, выполнили 429(24,1%), с ПО летальностью 9,8%. В 2001–2009гг., из 2896 больных, ушивание ПЯ выполнили 1469(50,7%), с ПО летальностью 8,3%. В 2011–2014гг. из 1061 пациентов, 720(67,9%), с ПО летальностью 13,2%. Частота применения ушивания ПЯ возростала ($p<0,01$). Традиционная ваготомия в 1996–2000гг. из 1781 больных выполнена 758(42,6%), с ПО летальностью 1,2%. В 2001–2009гг., из 2896 операций, она выполнена 390(13,5%), с ПО летальностью 5,4%. В 2011–2014гг. из 1061, 51(4,8%), с ПО летальностью 3,9%. Частота применения ваготомии снижалась ($p<0,01$). Криовагоденервация в 1996–2000гг. из 1781 пациента, выполнена 412(23,2%) с ПО летальностью 0,5%. В 2001–2009гг., из 2896 больных, 803(27,7%), с ПО летальностью 1,6%. В 2011–2014гг. из 1061 больных, она выполнена 266(25,1%), с ПО летальностью 2,6%. Изменения частоты применения не произошло ($p>0,1$). Резекция желудка в 1 периоде выполнена 184(10,2%) из 1781 больного, с ПО летальностью 10,2%. Во 2 периоде, резекцию желудка выполнили 234(8,1%) из 2896 больных, с ПО летальностью 11,1%. В 3 периоде, резекцию желудка выполнили у 24(2,3%) из 1061 больного, с ПО летальностью 8,3%. Частота применения резекций желудка снижалась ($p<0,01$). Параллельно с настойчивым внедрением ушивания, за счет вытеснения других операций, ухудшались результаты лечения ПЯ в целом. В 1 периоде из оперированного 1781 больного, умерли 62(3,9%), во 2, из 2896 – 182(6,3%), в 3, из 1061 – умерли 106(10%) ($p<0,01$). Общая летальность в 1 периоде составила 72(4%), во 2 – 198(6,8%), в 3 – 111(10,4%) ($p<0,01$). В 2011–2014гг., все ЛПУ города определились с операцией выбора при ПЯ. В одном ЛПУ, обслуживающем 365 тыс. населения, оперирован 301 больной с ПЯ. Криовагоденервацию выполнили у 266(88,4%) больных, с ПО летальностью 3,3%, общей – 3,4%. В 4 ЛПУ, обслуживающих 768 тыс. населения, оперированы 760 больных, у 692(91,1%) из них применили ушивание ПЯ; ПО летальность составила 12,6%, общая – 13,1% ($p<0,01$). Имеющиеся статистические данные позволили нам использовать при сравнении 99% доверительные интервалы. Доверительный интервал ПО летальности при ушивании ПЯ в 1996–2000гг. 6,1–13,5%, для остальных операций 0,6–2,3% ($p<0,01$), в 2001–2009гг. 6,5–10,2%, для остальных операций 2,8–5,6% ($p<0,01$), в 2011–2014гг. 9,9–16,4% и 0,8–

5,7% ($p<0,01$). При криовагоденервации, 99% доверительный интервал ПО летальности 1996–2000гг. 0,0–2,7%, для остальных операций 3,0–5,8% ($p<0,01$), в 2001–2009гг. 0,5–2,8% и 6,5–9,6% ($p<0,01$), в 2011–2014гг. 0,1–5,2% и 9,4–15,5% ($p<0,01$). Таким образом, во всех периодах, летальность после ушивания ПЯ была выше, а криовагоденервации – ниже, чем при операциях сравнения ($p<0,01$). Почему же простая и малотравматичная операция ушивания ПЯ дает худшие непосредственные результаты, чем более сложные и травматичные? Ушивание ликвидирует отверстие в стенке органа, но не устраняет ни одного из этиопатогенетических факторов ПЯ. Они продолжают действовать, способствуя недостаточности швов и создавая предпосылки к развитию СПОН. Выводы. Учитывая более высокую летальность после ушивания ПЯ, в сравнении с другими видами вмешательств, в рамках второго этапа мониторинга и актуализации имеющихся клинических рекомендаций, следует рассмотреть целесообразность применения ушивания, как операции выбора при ПЯ ДПК и желудка.

428. Результаты лечения больных с вентральными грыжами

Федоров В.Э., Поделякин К.А.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Минздрава России

Актуальность. Использование сетчатых эндопротезов в последнее время снизило частоту рецидивов послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ), при этом раневые осложнения после герниопастик составляют 8-16%, а летальность - до 3%. Наиболее серьезным осложнением раннего послеоперационного периода у таких больных является острая дыхательная недостаточность, частота которой достигает 38,7% случаев. Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 32 пациентов с ПОВГ в хирургическом отделении Дорожной клинической больницы г. Саратова в

2016 г. Мужчины составили - 9 (28,1%), женщины – 23 (71,9%). Средний возраст больных составил $61,9 \pm 14,1$ лет. Сочетанная сопутствующая патология имела у 96,9% больных. Пациенты были разделены на группы в зависимости от размеров грыжевого дефекта по классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (1999): W1 – больные с грыжами до 5 см, W2 – 5-10 см, W3 – 10-15 см, W4 – больше 15 см. Структура ПОВГ по данной классификации была представлена следующим образом: W1 – 8 (25,0%) больных, W2 – 13 (40,6%), W3 – 7 (21,9%), W4 – 4 (12,5%). Большинство больных с ПОВГ – 26 (81,3%) - были оперированы впервые, остальным 6 (18,8%) - операции проводились по поводу рецидива. Пациентам с ПОВГ при W1 была выполнена пластика местными тканями; при W2 - 11 больным пластика установлен сетчатый имплантат в положении «sublay»; при W3 – 4 пациентам произведена пластика с имплантацией сетки в положении «sublay», 2 – «inlay», 1 больному выполнена пластика местными тканями; при W4 - у 3 человек пластика выполнялась по методике «sublay», у 1 – «inlay». Таким образом, у больных с ПОВГ герниопластика с помощью эндопротезной сетки была проведена у 21 (65,6%) больных, местными тканями – в 11 (34,4%) случаев. Состояние функции внешнего дыхания оценивалось клинически и по данным спирометрии. Признаки дыхательной недостаточности были выявлены у 7 (21,9%) больных с грыжами W3 и W4. Результаты и обсуждение. Из 32 оперированных пациентов осложнения возникли у 5 (15,6%) человек. Местные осложнения возникли в 12,5% случаев и включали в себя: серомы – 3 (9,4%), подкожную эвентрацию тонкой кишки – 1 (3,1%). Все местные осложнения возникли при грыжах W2. Этим больным герниопластика выполнялась с помощью эндопротеза. Подкожная эвентрация возникла при грыже W4. Именно здесь наблюдалась выраженная дыхательная недостаточность, проводящая к повышению внутрибрюшного давления и расхождению швов при кашле. Все больные с местными осложнениями страдали патологией сердечно-сосудистой системы. Общие осложнения наблюдались у 1 (3,1%) больной. В данном случае они проявлялись в виде острой дыхательной и сердечной недостаточности, что привело к смерти. Необходимо отметить, что у больной была выраженная сопутствующая патология дыхательной и сердечно-сосудистой системы, коррекция которой длительное проводилась на дооперационном этапе. Но, несмотря на это, данное осложнение возникло при грыже W4 после пластики по методике «sublay». У всех 7 больных с признаками дыхательной недостаточности при спирометрии

были выявлены изменения по рестриктивному и смешанному типам: заметное снижение жизненной емкости легких, форсированной жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха за 1 секунду, а также снижение индекса Тиффно у больных с обструктивным компонентом дыхательной недостаточности. Рецидивов у всех оперированных больных не наблюдалось. Выводы. 1. Причины послеоперационных осложнений у больных с ПОВГ после герниопластики связаны с размерами грыж и тяжестью сопутствующей патологии, требующей коррекции в дооперационном периоде. 2. При выборе метода пластики у больных с большими размерами грыж – W3 и W4 необходимо учитывать состояние функции внешнего дыхания и легочного газообмена как главных факторов неблагоприятных исходов.

429. Особенности воспалительной реакции тканей при хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени.

Кчибеков Э.А., Сердюков М.А., Бондарев В.А., Калиев Д.Р.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность: Изучение проблем воспаления и регенерации тканей является одной из основных задач хирургии. Изучение особенностей ответной реакции тканей на имплантацию полипропиленовых сеток позволяет дать адекватную оценку использованным сетчатым протезам в зависимости от варианта их расположения в тканях, плетения, величины ячеек, структуры и физико-химических свойств. Материалы и методы: нами разработан способ хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени [патент №2637109 от 29.11.17г], заключающийся в фиксации двух полипропиленовых протезов оригинальной формы, к задним поверхностям влагалищ прямых мышц живота, без вскрытия последних. Данным способом прооперировано 24 больных. Контрольную группу составили 16 пациентов, которым по выполнена пластика диастаза прямых мышц живота по

методике «onlay». Для пластики использован легкий сетчатый полипропиленовый эндопротез «Эсфил». Послеоперационная рана у всех пациентов дренирована активным управляемым дренажом. Для выявления воспалительной реакции в ране производился забор раневого отделяемого, в котором определялся уровень острофазовых белков - ферритина(Ф) и лактоферрина (ЛФ), отвечающих за воспаление. Полученные результаты: У больных с контрольной группы определялись высокие титры белков острой фазы (Ф-4347 нг/мл, ЛФ-23826 нг/мл), в раневом отделяемом, у больных в основной группе которые прооперированы разработанным нами способом концентрация белков была невысокой (Ф-1258 нг /мл, ЛФ-2974 нг/мл). Обсуждение и выводы: 1. Разработанный нами способ хирургического лечения диастаза прямых мышц живота 1-2 степени создает минимальную ответную реакцию организма на внедрение синтетического протеза в ткани, создавая благоприятные условия для заживления тканей, тем самым улучшая ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с диастазами прямых мышц живота 1-2 степени. 2. Используя ферритин и лактоферрин с диагностической целью, становится возможным своевременно производить коррекцию терапевтических мероприятий в послеоперационном периоде. Рекомендации: Высокая концентрация ферритина и лактоферрина в отделяемом из раны даёт возможность использовать его как диагностический метод для выявления ранних ретенционных осложнений.

430. Возможности предупреждения развития третичного перитонита

Бокарев М.И. (1), Мамыкин А.И.(1), Королев А.И.(1), Алали Х.(1), Гогичашвили В.В.(2)

Москва

- 1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
- 2) ГБУЗ ГКБ им. А.К.Ерамишанцева

Одним из грозных осложнений в абдоминальной хирургии является распространенный гнойный перитонит (РГП). Как правило, хирургическая

ликвидация источника перитонита и санация брюшной полости создают условия для выздоровления пациента. В некоторых случаях, несмотря на безукоризненно выполненную операцию и современную антибактериальную терапию, гнойно-воспалительный процесс в животе не стихает, а упорно сохраняется или прогрессирует. Отсутствие положительной динамики через 48 часов после адекватного лечения первичного или вторичного перитонита расценивают как третичный перитонит, формирование которого делает прогноз для жизни больного неопределенным. Важнейшим этапом оперативного лечения больных РГП является дренирование брюшной полости. Адекватный дренаж брюшной полости обеспечивает максимальную эффективность работы всех средств, брошенных на борьбу с абдоминальной инфекцией. Цель исследования: определить частоту развития третичного перитонита после различных способов дренирования брюшной полости у больных РГП. В исследование вошло 369 больных РГП, оперированных в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева за период 2007 – 2017 г. Из них 192(52,2%) пациента мужчины, 177 (47,8%) – женщины. Средний возраст – 63,7 ± 18 лет. Тяжесть перитонита, оцененная по МИП, составила 29,5 ± 6,4 баллов. Исходная тяжесть больных, оцененная по шкале SOFA, равна 2,2 ± 1,4 баллов. У 185(50,1%) пациентов выполнена всего одна операция. У 184(49,9%) – несколько операций. Умерло 178(48,2%) больных. Изучение пациентов, которым для лечения потребовалось несколько оперативных вмешательств, обнаружило, что у 64(17,4%) больных использовали закрытый способ лечения перитонита, т.е., после ликвидации источника инфекции, дренировали брюшную полость дренажными трубками. У 52(14,1%) пациентов живот оставляли открытым, а дренировали брюшную полость с помощью марлевых салфеток (традиционная лапаростома). У 68(18,4%) – живот не зашивали и налаживали постоянную аспирацию жидкости из брюшной полости (активная лапаростома). Из 64 пациентов, у которых для дренирования живота использовали только дренажные трубки, развитие третичного перитонита было зафиксировано в 50(78,1%) наблюдениях, в то время, как только у 14(21,9%) больных удалось справиться с гнойным процессом раньше указанного срока. Из 52 пациентов, у которых для дренирования брюшной полости использовали марлевые салфетки, развитие третичного перитонита зафиксировано в 43(82,7%) наблюдениях, в то время, как у 9(17,3%) больных прогресс гнойного воспаления был остановлен. Из 68 пациентов, у которых применяли активную лапаростома, развитие третичного перитонита

зафиксировано в 25(36,8%) наблюдениях. У 43(63,2%) больных развитие третичного перитонита отмечено не было. Сравнительный анализ частоты развития третичного перитонита в различных группах позволяет сделать вывод, что в случаях многоэтапного хирургического лечения больных РГП, дренирование живота способом активной лапаростомии является предпочтительным, так как позволяет снизить частоту развития третичного перитонита более, чем в 2 раза, по сравнению с другими способами дренирования брюшной полости.

431. Первый опыт использования флуоресцентного ICG-изображения при лапароскопической холецистэктомии.

Маришко В.А., Демченко И.Н.

Тула

Тульская областная клиническая больница

Актуальность. Визуализация желчных протоков при выполнении холецистэктомии важна для профилактики ятрогенных повреждений и диагностики имеющейся патологии. В настоящее время появилась возможность визуализации желчных протоков с помощью использования эффекта флуоресценции. Цель исследования: оценка эффективности использования флуоресцентного ICG-изображения при лапароскопической холецистэктомии. Материалы и методы. Для достижения эффекта флуоресценции использовался краситель индоцианин зеленый (ICG) и набор оборудования компании KARL STORZ. Видеосистема IMAGE1 S стандарта FULL HD обеспечивала визуализацию в двойном режиме: в белом свете и флуоресцентном. Видеокамера подключается к ICG-лапароскопу, снабженному специальным фильтром для оптимальной передачи изображения ICG-флуоресцентной визуализации и стандартной визуализации в белом свете. Лапароскопическая холецистэктомия с использованием флуоресцентного ICG-изображения нами была выполнена у 12 пациентов, из них женщин 10 и 2 мужчин, средний возраст 55,7±1,8 лет. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 7 больных и острого

калькулезного холецистита - 5. У первых трех больных ICG вводился внутривенно за 6-10 часов до операции в количестве 25 мг разведенных в 10 мл воды для инъекций. Во всех случаях была достигнута хорошая визуализация внепеченочных желчных протоков, тогда как флуоресцентный фон печени был незначительным. У 4 пациентов 25 мг ICG вводили внутривенно за 30-60 мин. до операции, при этом у 2 больных не была достигнута визуализация внепеченочных желчных протоков. У всех больных этой группы имелась выраженная фоновая флуоресценция печени. У 3 больных во время лапароскопической холецистэктомии выполнялась пункция желчного пузыря, и после эвакуации желчи, вводили 5 мг ICG разведенного в 50мл воды для инъекций. Во всех этих случаях получили хорошую визуализацию желчного пузыря и пузырного протока. У одного пациента кроме желчного пузыря был виден холедох. У 2 пациентов ICG в количестве 5 мг разведенных в 50мл воды для инъекций вводили через катетер во внепеченочные желчные протоки и было достигнуто хорошее качество флуоресцентного изображения. При введении ICG не было отмечено аллергических реакций. Заключение. Наш небольшой опыт показывает, что использование флуоресцентного ICG-изображения позволяет хорошо прослеживать расположение желчевыводящих путей при выполнении лапароскопических операций. При внутривенном введении ICG эффективность зависит от функционального состояния печени. Перспективным является введение ICG непосредственно в желчный пузырь и желчевыводящие протоки, так как эта методика может использоваться при непредвиденных трудностях выполнения холецистэктомии. Немаловажное значение имеет экономный расход ICG при непосредственном введении препарата в билиарные протоки.

**432. Опыт использования
видеоэндохирургических операций в хирургии
пищевода**

*Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М.,
Черкасов Д.М., Галашокян К.М.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО Ростовский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Несмотря на более чем двадцатилетнее использование видеоэндохирургических технологий при лечении заболеваний пищевода, до настоящего времени данные вмешательства не внедрены в широкую хирургическую практику. Материалы и методы. Мы располагаем опытом 344 видеоэндохирургических операций по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний пищевода (106 – нервно-мышечные заболевания, 149 – осложненные формы грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), 21 – доброкачественные опухоли и кисты, 28 – дивертикулы, 15 – рубцовые стриктуры, 25 – злокачественные опухоли). Полученные результаты и обсуждение. У пациентов, оперированных в связи с доброкачественными новообразованиями (n=21) и дивертикулами (n=8) пищевода, интраоперационных и послеоперационных осложнений отмечено не было. Наиболее частым интраоперационным осложнением при нервно-мышечных заболеваниях пищевода (n=106) является повреждение слизистой оболочки пищевода или желудка, которое отмечено у 12 пациентов (11,3%) и в 4 наблюдениях (3,8%) потребовало конверсии. В отдаленные сроки, прослеженные у 90 больных (84,9%), рецидив ахалазии пищевода выявлен у 1 пациента (1,1%), что потребовало выполнения повторной операции из лапаротомного доступа. При ГПОД (n=149) у 13 пациентов (8,8%) отмечено интраоперационное кровотечение, в связи с чем произведено 6 конверсий (4,0%), у 2 больных (1,3%) причиной конверсии явился спаечный процесс. После операций по поводу ГПОД отдаленные результаты изучены у 127 пациентов (85,2%), у 2 из них (1,6%) в связи с феноменом «соскальзывания манжетки» выполнено повторное вмешательство через лапаротомный доступ. У пациентов, которым выполнены видеоторакоскопически ассистированные экстирпации пищевода с одномоментной пластикой по поводу рубцовой стриктуры (n=15), интраоперационно отмечены

следующие осложнения: вскрытие противоположной плевральной полости – 1 (6,7%); массивное кровотечение, потребовавшее конверсии – 1 (6,7%). В послеоперационном периоде у 2 пациентов (13,3%) выявлена пневмония, еще у 2 (13,3%) – образование свища в зоне пищеводно-желудочного анастомоза на шее. Летальных исходов не было. У пациентов, видеоторакоскопически ассистированные экстирпация пищевода с одномоментной пластикой произведены в связи с раком пищевода (n=25), выполнено 4 конверсии (16%), причиной которых у 2 (8%) явилось обильное кровотечение, а еще у 2 (8%) – невозможность выполнения адекватной лимфодиссекции и риск развития кровотечения. Летальные исходы отмечены у 2 пациентов (8%), причиной которых явились гнойные осложнения. Выводы и рекомендации. 1. Видеоэндоскопические операции при соблюдении строгих показаний и противопоказаний могут применяться при заболеваниях пищевода. 2. Возникновение интраоперационных осложнений не всегда требует конверсии. 3. Использование видеоэндохирургических технологий при раке пищевода требует дальнейшего изучения и целесообразно при начальных стадиях процесса.

**433. Причины развития послеоперационных
инфильтратов после лапароскопической
аппендэктомии. Клинико-экспериментальное
исследование**

*Нечай Т.В., Тягунов А.Е., Титкова С.М., Ануров М.В.,
Мельников-Макарчук К.Ю., Иванова Е.А.,
Тягунов А.А.*

Москва

РНИМУ им.Пирогова, кафедра факультетской
хирургии лечебного факультета №1

Введение. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) является золотым стандартом в лечении острого аппендицита (ОА). Применение малоинвазивных технологий по сравнению с открытой аппендэктомией позволяет уменьшить послеоперационный болевой синдром, продолжительность госпитализации и частоту развития раневых осложнений. В тоже время, по

данным отдельных исследований, частота внутрибрюшных инфекционных осложнений, в частности послеоперационных инфильтратов (ПИ), после ЛАЭ выше. В генезе ПИ рассматривают два фактора: 1) использование монополярной электрокоагуляции (МЭК) для выделения брыжеечки отростка. Предполагается, что при использовании МЭК в определенных режимах и мощности вероятен нагрев окружающих тканей, в частности серозы купола слепой кишки, что может приводить к его термическому повреждению, реакциям местного воспаления и формированию ПИ. В настоящее время при ЛАЭ применяются различные виды хирургической энергии, однако, использование МЭК является одним из технически удобных и наиболее экономически оправданных методов. 2) Другая гипотеза связывает формирование ПИ с оставлением в брюшной полости инфицированной брыжеечки отростка. В последнее время появляются рекомендации не высокого уровня доказательности по рутинному удалению брыжеечки при ЛАЭ. Материалы и методы. 1. Для оценки влияния МЭК на нагрев купола слепой кишки был проведен эксперимент на 8 кроликах, поровну распределенных в основную и контрольную группу. Выполнялась аппендэктомия с мобилизацией брыжеечки при помощи МЭК в основной группе мощностью 30 ватт (коагуляция и резание), в контрольной – 60 ватт. Нагрев тканей контролировался интраоперационно высокоточным медицинским тепловизором. После вывода животных из эксперимента на 5-е сутки выполнялась аутопсия с визуальной оценкой наличия ПИ, выраженности спаечного процесса и осуществлялся забор материала для гистологической оценки термотравмы тканей в области купола слепой кишки. 2. С целью оценки влияния на послеоперационные осложнения оставления брыжеечки проведено проспективное рандомизированное исследование 104 пациентов, которым выполнялась ЛАЭ с удалением брыжеечки (38 человек – основная группа) и без ее удаления (52 человека – контрольная группа). В послеоперационном периоде проводился контроль уровня лейкоцитов, температуры тела, болевого синдрома. При любом отклонении от нормального течения послеоперационного периода выполнялось УЗИ и/или КТ органов брюшной полости. Результаты. 1. Были выявлены особенности распространения тока и тепла по кровеносным сосудам, обуславливающие значительный нагрев прилежащей в аппендиксу петли тонкой кишки, имеющей у кролика общее кровоснабжение с аппендиксом. По результатам эксперимента было выявлено, что клинически значимый нагрев купола

слепой кишки при любой мощности коагулятора возможен только при коагуляции слизистой культи аппендикса после аппендэктомии. Формирования ПИ, вовлекающих купол слепой кишки, выявлено не было. Гистологические исследования показали реакцию воспаления и пролиферации в тканях купола слепой кишки на расстоянии 1 см от культи аппендикса у животных, которым выполнялась коагуляция слизистой. В остальных случаях гистологическая картина не была специфична. 2. В основной группе брыжеечка была удалена у 38 пациентов, в контрольной у 2 (ввиду признаков ее некроза) – эти пациенты исключены из исследования. В контрольной группе сформировалось 5 ПИ (9,6%), потребовавших назначения НПВС и антибиотиков. Формирование ПИ сопровождалось лихорадкой, болевым синдромом, лейкоцитозом и было подтверждено инструментальными методами диагностики. В основной группе ПИ диагностировано не было. Абсцедирования инфильтратов не было. Вывод. 1. Коагуляция слизистой культи аппендикса после аппендэктомии не рекомендована. 2. Удаление брыжеечки аппендикса может рассматриваться как фактор профилактики образования ПИ.

434.Травмоцентр I уровня как городской многопрофильный центр хирургии поврежденных

Найдёнов А.А.(1), Тулупов А.Н.(2)

Санкт-Петербург

- 1) СПбГБУЗ "Городская больница №26"
- 2) СпбНИИ СП им.И.И.Джанелидзе

Актуальность. Созданные в 2014 году на базе четырех городских многопрофильных стационаров травмоцентры I уровня совместно с травмоцентрами клиники военно-полевой хирургии ВМедА и НИИ СП им.И.И. Джанелидзе круглосуточно принимают пострадавших в ДТП на улицах, кольцевой автодороги города и основных выносных магистралях. Травмоцентр I уровня городской больницы №26 принимает пострадавших Юго-западных районов Санкт-Петербурга. Материал и методы. Проанализирована работа городского травмоцентра I уровня в 2017 году. Полученные результаты. В 2017 году

специализированная медицинская помощь в противошоковой операционной травмоцентра городской больницы №26 была оказана 397 пациентам с ранениями и травмами, которым было выполнено 490 оперативных вмешательств (1,25 операции на человека). Пострадавших в ДТП с ранениями и травмами, осложненными шоком было 123 (31%). Другими причинами политравм, осложненных шоком были кататравмы (48 человек), производственные, бытовые и спортивные травмы (11 человек). С различными ранениями, в том числе огнестрельными, были прооперированы 150 пациентов. Трое пациентов с множественными осколочными ранениями и баротравмой были прооперированы после теракта в метрополитене 03.04.2017. Летальность среди пострадавших с тяжелыми травмами, сопровождавшимися шоком, составила 19,8%, что соответствует средним по городу данным. Из 67 пациентов прооперированных по поводу проникающих ранений груди, живота или шеи, умерло 5 (7,5%). Особенностью учреждения являются наличие в круглосуточной противошоковой бригаде врача трансфузиолога, имеющего специальную подготовку по гемотрансфузионной терапии и владеющего навыками мониторинга системы гемостаза. Фактически пациенты травмоцентра Городской больницы №26 получают специализированную медицинскую помощь по профилю «трансфузиология», благодаря чему за последние годы не было отмечено ни одного трансфузиологического осложнения и ни одной смерти от ДВС. В 2017 году в травмоцентре больницы были успешно проведены экстренные сосудистые и кардиохирургические операции, в том числе ушивание разрыва грудной аорты пострадавшей в ДТП. Периодически для оказания помощи при травмах и ранениях привлекаются рентгенэндоваскулярные хирурги стационара. В 2017 году в учреждении открыт новый профиль «челюстно-лицевая хирургия». Выводы. Таким образом, в настоящее время травмоцентр I уровня Городской больницы №26 обладает возможностью оказания экстренной специализированной медицинской помощи по всем хирургическим профилям кроме «офтальмологии». Лишь 30% поступивших в противошоковую операционную были пострадавшими в ДТП, что позволяет рассматривать травмоцентр шире, а именно как городской многопрофильный центр хирургии повреждений.

435. Способ профилактики интраоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии

Турбин М.В., Кулешов О.И., Бондаренко И.В., Устименко И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону

Количество пациентов, страдающих острым холециститом, составляя до 20% от общего количества больных с острой абдоминальной патологией, имеет тенденцию к увеличению, занимая второе место после острого аппендицита. Операцией выбора при остром холецистите, бесспорно, является лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ). Осложнение острого холецистита в виде паравезикального инфильтрата отмечается от 8 до 40 % случаев, затрудняя ход операции, ведет к росту количества осложнений, отказа от лапароскопической операции. В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону за период с 2007 по 2017 гг. лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого холецистита была проведена 7589 пациентам. Деструктивные формы острого холецистита составили 78,3% (5942 пациента). У трети больных с флегмонозным и гангренозным холециститом отмечался подпеченочный инфильтрат, синдром Мириizzi, или их сочетание. При выполнении ЛСХЭ в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону с 2007 по 2017 г. отмечено 7 ятрогенных повреждений холедоха (0,09%). Наиболее часто ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков у пациентов с осложненными формами холецистита происходит из-за воспалительного отека тканей печеночно-двенадцатиперстной связки, нарушения анатомического соотношения структур связки, многократных попыток эндоскопически выделить элементы связки. Это свидетельствует о важности внедрения способов профилактики подобных осложнений, позволяющих сократить объем операции, избежать конверсии при ЛСХЭ. С 2015 г. для предотвращения ятрогенных осложнений при выполнении ЛСХЭ пациентам с деструктивным холециститом, осложненным подпеченочным инфильтратом, или при подозрении на синдром Мириizzi, интраоперационно выполнялась дуоденоскопия с установкой назобилиарного дренажа. Установленный в просвете холедоха назобилиарный дренаж исполнял роль

анатомического ориентира, при инструментальной пальпации которого хирург избегал повреждения желчных протоков при мобилизации пузырного протока, пузырной артерии, желчного пузыря. Исследуемую группу составили 44 пациента, которым в хирургическом отделении МБУЗ ГБМСП г. Ростова-на-Дону в 2015-2017 гг. выполнялось назобилиарное дренирование при ЛСХЭ. Кроме того, назобилиарный дренаж позволяет интраоперационно выполнить ретроградную холангиографию, когда не удается выполнить дренирование холедоха, определяя дальнейшую операционную тактику. Подобная ситуация возможна при плотном подпеченочном инфильтрате, когда нет возможности препарировать и перевязать культю пузырного протока. Возможность оставить в просвете холедоха назобилиарный дренаж у таких больных до 3-5 суток послеоперационного периода с целью декомпрессии профилактирует развитие наружного желчного свища. Рациональный подход к использованию видеохирургических вмешательств, проведение профилактики интраоперационных осложнений, совершенствование техники операции приведут к неизбежному снижению ятрогении и послеоперационной летальности.

436. Внедрение лапароскопических технологий в лечение пациентов с осложненным колоректальным раком в условиях многопрофильного стационара

Луцевич О.Э., Вторенко В.И., Мударисов Р.Р., Мноян А.Х., Стручкова Е.Ю., Мазманян Д.Ж.

Москва

ГКБ №52

Актуальность. Колоректальный рак занимает одну из основных позиций среди общего количества онкологических больных в РФ, при этом отмечается прогрессивный рост заболеваемости. Значительная часть больных колоректальным раком госпитализируется в общехирургические стационары по экстренным показаниям с осложненным течением болезни. Это происходит вследствие поздней диагностики и запущенности процесса. По данным различных авторов наиболее

частыми осложнениями рака толстой кишки являются обтурационная кишечная непроходимость (20–85,5%), перфорация кишки на фоне распада опухоли (0,39–18%), кровотечение (0,78–14,7%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани, перифокальные гнойно-воспалительные процессы (5–29,9%). Лечение этих больных является сложной задачей для urgentных хирургов. Материалы и методы. За период с 2012 по 2017гг оперировано более 300 пациентов с острой обтурационной опухолевой кишечной непроходимостью. Средний возраст больных составил 65 лет (от 27 до 101). Длительность заболевания острой кишечной непроходимостью составила от 1 до 9 суток, в среднем пациенты болели около 3-х дней до поступления в стационар. Ранее не обследовались до 70% пациентов. У всех пациентов, за исключением больных с толсто-тонкокишечной непроходимостью выполнена предоперационная диагностическая колоноскопия, подтвердившая диагноз и уровень поражения кишки. При колоноскопии оценивали уровень опухолевого поражения кишечника, протяженность и степень обтурации просвета кишки. В случае невозможности заведения декомпрессионного зонда выше опухоли или установки стента, больные готовились к срочному оперативному вмешательству. Всем больным при колоноскопии бралась биопсия из опухоли. В случае, если на фоне проводимых сифонных клизм у пациента отмечалось улучшение состояния в виде опорожнения отключенного сегмента толстой кишки, больному продолжалась инфузионная терапия, операция откладывалась и продолжалась подготовка к операции. При колоноскопии уточняли соответствие разрешающейся по клиническим данным обтурационной непроходимости данным о характере поражения толстой кишки. При необходимости производилось эндоскопическое стентирование опухолевого стеноза с целью декомпрессии кишки и как предоперационная подготовка. Пациентам, которым не была показана экстренная операция выполнялись лапароскопические вмешательства. В этой группе оказалось 87 больных. Структура осложнений после лапароскопических операций: несостоятельность анастомоза у 2 пациентов, абсцесс брюшной полости- 4. После открытых операций наблюдались следующие осложнения: эвентрация у 5 пациентов, нагноение послеоперационной раны- 8, пневмония- 5, несостоятельность анастомоза - 4, ТЭЛА- 3, послеоперационный парез кишечника- 4, абсцесс брюшной полости- 7, ранняя спаечная кишечная непроходимость- 2, несостоятельность и некроз колостомы- 1, перфорация острой язвы тонкой

кишки с перитонитом в одном случае. Результаты. Накопление опыта, использование небольших разрезов для извлечения препарата (параумбиликальный, надлонный) позволило снизить средний койко-день, ускорить выздоровление больных, снизить затраты на обезболивание и на лекарственные средства в целом. Выводы. Внедрение в организацию работы многопрофильного стационара высокотехнологичной лапароскопической хирургии, высокотехнологичной эндоскопии, методики Fasttrack, позволило добиться значительного улучшения в лечении больных с данной патологией, снизить затраты стационара и повысить экономическую эффективность. Применение лапароскопических технологий в общехирургическом стационаре должно занять свое достойное место в хирургическом лечении осложненного колоректального рака.

437. Осложнения после операций при доброкачественной тиреоидной патологии

Дубошина Т. Б., Аскеров М.Р., Амиров Э. В.

Саратов

ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского" МЗ РФ

Число операций на щитовидной железе в России ежегодно превышает 50 тысяч. Соответственно Клиническим рекомендациям РАЭ (2005, 2015) основными операциями должны быть тиреоидэктомия и гемитиреоидэктомия. Есть мнение, что осложнения после тиреоидэктомии встречаются чаще, чем после меньших по объёму операций. В других исследованиях показано, что в большей степени осложнения зависят от техники операции, чем от объёма. Цель данной работы: изучение частоты и структуры осложнений после тиреоидных операций и зависимости частоты осложнений от объёма операции на щитовидной железе. Материал и методы. В клинике факультетской хирургии и онкологии СГМУ с 2009 по 2016 гг. оперировано 2954 больных по поводу доброкачественных болезней щитовидной железы. Для постановки диагноза применяли

клинические, биохимические, радиоиммунные, сонографические и рентгенологические методы, тонкоигольную биопсию, сцинтиграфию и морфологические методы. Частоту и структуру осложнений фиксировали и обрабатывали статистическими методами в программах Excel и "Statistical for Windows 7,0". Полученные результаты и обсуждение. На 2954 операции на щитовидной железе констатировано 167 послеоперационных осложнений (5,7%). Объём операций был следующим: тиреоидэктомии - 1382, субтотальные резекции щитовидной железы - 769, гемитиреоидэктомии - 705, резекции щитовидной железы - 98. Послеоперационные кровотечения возникли у 96 больных (3,25%); в том числе у 48 больных после тиреоидэктомии (3,5%), у 27 больных после субтотальной резекции щитовидной железы (3,6%), у 21 больной после гемитиреоидэктомии (3%). После 98 резекций щитовидной железы послеоперационных кровотечений не было. Специфические осложнения возникли у 71 пациента: после тиреоидэктомии у 36 (2,6%), после субтотальной резекции щитовидной железы у 21 (2,7%), после гемитиреоидэктомии у 14 (1,9%). После резекций щитовидной железы специфических осложнений не было. После тиреоидэктомии у 32 больных возникли нарушения функции ветвей возвратного нерва. У 17 больных нарушения были восстановлены в течение 7-30 дней. У 15 (0,83%) констатирован двусторонний паралич гортани. Нарушения кальциевого обмена возникли у 4 (0,2%), они были коррелированы в течение 10 дней. После субтотальной резекции щитовидной железы нарушения функции ветвей возвратного нерва возникли у 19 больных (2,5%), у 17 больных нарушения были скорректированы в течение 7-30 дней, у 2 пациентов констатировано двустороннее повреждение ветвей возвратного нерва. Проявления гипопаратиреоза отмечены у 2 больных, они скорректированы медикаментозно в течение 10 дней. После гемитиреоидэктомии проявлений гипопаратиреоза не отмечено, у двух больных была кратковременная гипокальцемия без клинических проявлений. Временное нарушение функции ветвей возвратного нерва в виде изменения голоса отметили 12 больных. Голосовые нарушения были восстановлены в течение 10-30 дней. Выводы: специфические осложнения после тиреоидных операций с одинаковой частотой встречаются после тиреоидэктомии и после субтотальной резекции щитовидной железы. Процент специфических осложнений после гемитиреоидэктомии меньше, чем после тиреоидэктомии и после субтотальной резекции

щитовидной железы. Специфических осложнений после резекции щитовидной железы в наших наблюдениях не было. Рекомендации: для уменьшения числа послеоперационных осложнений после тиреоидных операций следует использовать все современные методы диагностики до и во время операции для обоснования уменьшения объема операции.

438. Возможность использования бактериофагов в комплексном лечении и профилактике ИСМП у больных с абдоминальной инфекцией.

Гостищев В.К., Горбачева И.В.

Москва

ФГАОУ ВО ПМГМУ и.м. И.М.Сеченова
Минздрава России (Сеченовский университет)

Актуальность: В связи с актуальностью проблем ИСМП особое значение в последнее время приобретает проблема поиска новых антибактериальных препаратов для лечения и профилактики внутрибольничной инфекции, особенно в условиях хирургического стационара. Одно из таких направлений- использование бактериофагов в комплексном лечении пациентов с тяжелой интраабдоминальной инфекцией. Долгое периоперационное нахождение пациентов в стационаре, необходимость повторных вмешательств обуславливало смену автохтонной флоры на внутрибольничную уже через 2-3 суток с полным замещением к 9 суткам. Поскольку было доказано, что процесс гиперколонизации начинается с кишечника наибольшую актуальность приобретает профилактика ИСМП с использованием препаратов, способных противостоять основным возбудителям внутригоспитальной инфекции, которые можно было бы вводить через желудочно-кишечный тракт, а также использовать их местно. Материалы и методы: За последние 15 лет в ГКБ им. И.В.Давыдовского (базе кафедры общей хирургии Сеченовского университета) было пролечено более 6000 больных с распространенным перитонитом, острой кишечной непроходимостью и деструктивными панкреатитами. В нашей клинике применялся комбинированный препарат из

коммерческих бактериофагов, проявивших активное действие в отношении выявленных внутригоспитальных штаммов. В случае продолжительного пребывания пациента в стационаре комбинированный препарат позволяет бороться с уже присутствующей инфекцией и предупредить смену основного возбудителя. В желудочно-кишечный тракт вводился поливалентный бактериофаг, в концентрации 10⁷ – 200,0 мл. Это не исключает применение стандартной противомикробной терапии, включала антибиотики резерва в комбинации с энтеральным введением бактериофагов. Для лечения тяжелой инфекции связанной с оказанием медицинской помощи использовали аналогичный комбинированный фаговый препарат как во время этапной санации брюшной полости или сальниковой сумки, так и при хирургической обработке раны. Результаты: При профилактическом использовании бактериофагов, ни в одном случае не отмечено присоединения внутрибольничной флоры из группы *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecium*, *Enterococcus bovis* и *Escherichia coli*. Использование активных бактериальных вирусов позволяет предупредить инфицирование органов в результате бактериальной транслокации нозокомиальной флорой в 69,2% случаев. Критериями прекращения использования бактериофагов в тяжелых случаях являются купирование ССВР, устранение источника инфицирования, восстановление перистальтики, микробиологически верифицированное снижение перитонеальной контаминации ниже 10⁵ КОЕ/мл. С целью профилактики внутригоспитального инфицирования достаточно трехкратного введения препарата. Идеальным является использованием адаптивных бактериофагов, активных в отношении микробного пейзажа конкретной клинки. *In vitro* активность выделенных адаптированных бактериофагов превосходит активность антибиотиков, к которым нозокомиальные штаммы сохранили чувствительность, в 1,5+/- 0,2 раза. Выводы и рекомендации: Применение бактериофагов интраинтестинально позволяет снизить бактериальную обсемененность в 3,5 раза. Чувствительность возбудителей госпитальных инфекций к адаптированным бактериофагам, значительно больше, чем к коммерческим, однако данный способ профилактики внутрибольничной инфекции ИСМП на современном этапе имеет юридические ограничения для использования. Поиск таких фаговых препаратов вполне возможен из коллекции уже имеющихся коммерческих бактериофагов. Применение комплексного подхода позволило снизить летальность при кишечной

непроходимости до 2%, при тотально-субтотальном панкреонекрозе с 77,8% до 41,7%, при перитоните, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом до 25,8%.

439. Ближайшие результаты циторедуктивных операций при синхронных метастазах колоректального рака (КРР) в печень с восстановлением кишечной непрерывности.

Дарбишгаджиев Ш.О. (1), Гудошников В.Ю. (2), Анохин Г.С. (1), Баулина Н.В. (1), Зимин Ю.И. (1,2), Аверьянова Л.С. (1), Касьянов С.А. (1).

Пенза

1) Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии им. профессора Н.А.Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО. 2) Областной онкологический диспансер.

Введение. На протяжении последних 10 лет в нашей стране отмечается неуклонный рост рака ободочной и прямой кишки. Установлено, что от 20 до 50 % больных КРР при первичном обращении, а также при выполнении предположительно радикальных операций, уже имеют отдаленные метастазы. Проведение циторедуктивных вмешательств при синхронных метастазах КРР в печень не только увеличивает продолжительность оперативного вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, токсическое влияние анестетиков на организм, но и увеличивает операционный риск развития осложнений, в том числе и несостоятельности колоректальных анастомозов. Еще в конце прошлого века подобные хирургические вмешательства носили симптоматическую направленность и, как правило, сопровождалась (до 80 %) формированием колостом или обходных межкишечных анастомозов. В настоящее время в мировой литературе нет разногласий о целесообразности выполнения циторедуктивных вмешательств при отдаленных метастазах КРР в паренхиму печени, но при этом недостаточно изученным остается влияние подобных оперативных вмешательств на развитии несостоятельности колоректальных анастомозов. Материал и методы: Нами проанализированы непосредственные результаты циторедуктивных операций при лечении КРР с отдаленными

метастазами в паренхиму печени в период с 2014 по 2016гг. Основную группу исследования составили 27 пациентов (15 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 45 до 82 лет, которым проводились циторедуктивные оперативные вмешательства на толстой кишке при синхронных метастазах в паренхиму печени с одномоментным формированием межкишечного анастомоза. В качестве контроля использована группа из 472 больных (209 мужчин и 263 женщин) в возрасте от 22 до 88 лет, где не было распространения процесса и которым проводились аналогичные типовые операции на толстой кишке с восстановлением кишечной непрерывности. Полученные результаты. Таким образом, сформированы 2-е группы, которым выполнены: передняя резекция прямой кишки у 11 (40,7%) больных в 1 группе и 172 (36,4%) во 2-й группе, резекция сигмовидной кишки 6 (22,2%) в 1 группе и 141 (29,9) 2-й, гемиколонэктомия справа 7 (25,9%) и 117 (24,8%), гемиколонэктомии слева 2 (7,4%) и 29 (6,1%), субтотальная колэктомия 1 (3,7%) и 13 (2,8%). Характер проводимых оперативных вмешательств на печени при метастатическом КРР определяли в зависимости от состояния больного, характером первичной опухоли, размером и количеством опухолевых узлов в паренхиме печени. При метастатическом раке печени у 15 больных выполнялась атипичная резекция печени, у 10 больных радиочастотная абляция печени, гемигепатэктомия справа у 1, гемигепатэктомия слева у 1 пациента. В 1-й группе продолжительность оперативного вмешательства составила от 130 до 275 мин, в среднем 195 мин, 2-й от 45 до 270 мин, в среднем 145 мин. При анализе морфологической верификации операционного материала отмечено преобладание низкодифференцированных форм аденокарциномы в 1 группе у 14 больных (53%), в то время как во 2-й группе у 179 (37,9%). Продолжительность госпитализации в основной группе и группе контроля были сопоставимы и составили соответственно 19,4 и 20. Послеоперационные осложнения при циторедуктивных вмешательствах составили 22,2% (6), в контрольной группе 7% (33). Несостоятельность анастомоза в 1 группе возникла у 2 (7,4%) и 11 (2,3%) 2-й. Заключение. Анализ результатов хирургического лечения позволяет заключить, что проведение циторедуктивных вмешательств при синхронных метастазах КРР в печень, значимо влияют на частоту послеоперационных осложнений и развитие несостоятельности анастомоза.

440. Современное лечение больных с вправимыми паховыми грыжами*Поделякин К.А., Федоров В.Э.*

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Минздрава России

Актуальность. Среди грыж паховые являются наиболее распространенными и составляют 70-90% от общего количества. Сегодня широкое распространение получили способы ненатяжной герниопластики: применение сетчатых имплантатов по Лихтенштейну и трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТАРП). Выбор наиболее безопасной и эффективной методики является актуальной проблемой. Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с вправимыми паховыми грыжами. Задачи: 1. Характеристика предрасполагающих и производящих факторов риска паховых грыж. 2. Сравнительная оценка различных видов лечения паховых грыж. Материалы и методы. В хирургическом отделении Дорожной клинической больницы г. Саратова в 2016 г. находились на лечении 74 пациента с паховыми грыжами. Мужчин было 73 (98,6%) человека, женщин – 1 (1,4%). У всех пациентов имелись предрасполагающие и производящие факторы риска. Больные были разделены три группы. В первую группу вошли 46 (62,2%) человек, оперированных методом Лихтенштейна; во вторую вошли – 22 (29,7%) пациента, которым герниопластика выполнялась методом ТАРП, а в третью (сравнения) - 6 (8,1%) больных, которым было выполнено грыжесечение по Постемпскому. Односторонние паховые грыжи составили 60 (81,1%), двусторонние – 7 (9,5%). Рецидивные грыжи наблюдались у 5 (6,8%) больных. Паховые и пупочные грыжи одновременно наблюдались у 2 (2,7%) больных. Результаты и обсуждение. Наиболее частым предрасполагающим фактором риска грыж был хронический болевой синдром при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 12 (16,2%), почек – 4 (5,4%); ожирение - у 3 (4,1%) больных; заболевания легких, сопровождающиеся кашлем – 2 (2,7%). Непосредственной причиной возникновения грыжи послужила тяжелая физическая нагрузка - резкий рывок или поворот в 17 (23,0%) случаев, поднятие тяжести – в 56 (75,7%) случаев. У 1 (1,4%) больных видимых производящих

факторов не выявлено. Всего проведено 82 (100%) грыжесечения. Открытые операции составили 59 (72,0%), ТАРП – 23 (28,0%). 6 (8,1%) больным была проведена герниопластика местными тканями. У больных двусторонними паховыми грыжами была выполнена герниопластика по Лихтенштейну или лапароскопически одним методом с обеих сторон. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: длительность операции, длительность лечения больного в стационаре, частота развития послеоперационных осложнений и рецидивов. Среднее время операции составило около 40 мин. и статистически не различалось. Средняя длительность лечения в зависимости от метода герниопластики была достоверно меньше у больных, перенесших ТАРП: $5,26 \pm 0,29$ койко- дней против $8,22 \pm 0,5$ и $7,67 \pm 1,1$ койко-дней при открытых методах. Послеоперационные осложнения возникли в 3 (5,7%) случаев и включали в себя серомы – 2 (3,8%), напряженную гематому 1 (1,9%). Гематома возникла вследствие недостаточного гемостаза. Рецидив паховой грыжи возник в 1 (1,9%) случае после пластики по Лихтенштейну и в 1 (16,7%) после грыжесечения по Постемпскому. У всех больных с осложнениями были предрасполагающие факторы в виде старческого возраста, хронического панкреатита с болевым синдромом, у 3 из них эти факторы сочетались. Также у всех этих пациентов имелся одинаковый производящий фактор – тяжелая физическая нагрузка. Выводы. 1. Предрасполагающие факторы риска для развития паховых грыж – это ожирение, легочная патология с хроническим кашлем, повышение внутрибрюшного давления при болевом синдроме у лиц с заболеваниями поджелудочной железы и почек, а производящие – это тяжелая резкая физическая нагрузка. 2. Пластика по Лихтенштейну позволила добиться удовлетворительных результатов лечения, но чаще лапароскопической операции сопровождалась послеоперационными осложнениями, составляющими 5,7%, и рецидивами у 1,9% больных. 3. Использование ТАРП привело к отсутствию осложнений и рецидивов в течение года, а также достоверного снижения сроков пребывания в стационаре по сравнению с открытыми методиками герниопластики в среднем с 8 до 5 койко-дней.

441. Результаты хирургического лечения вторичного гиперпаратиреоза у пациентов с ХБП 5 стадии.

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

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- 2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы
- 3) Клиническая больница № 85 ФМБА России

Актуальность: Два последних десятилетия отмечены существенным увеличением продолжительности жизни больных с хронической болезнью почек (ХБП), находящихся на заместительной почечной терапии (ЗПТ). Одним из неизбежных осложнений ХБП является развитие вторичного гиперпаратиреоза. Материалы и методы: В исследование включено 302 пациента с ХБП 5 стадии и ВГПТ. Критериями включения явилось произведенное хирургическое вмешательство по поводу вторичного гиперпаратиреоза в период с 2005 по 2018 год. Показанием к операции явились исчерпанные возможности консервативного лечения, высокий уровень паратгормона (ПТГ) более 800 пг/мл (286 пациентов – 94,7 %), а также выраженные клинические проявления гиперпаратиреоза при уровне паратгормона от 460 до 800 пг/мл (16 пациентов – 5,3 %), и визуализированные при ультразвуковом исследовании околотитовидные железы. Основными жалобами пациентов являлись: костные и суставные боли у 221 (73,1 %) больных, кожный зуд - у 76 (25,2 %) пациентов, периферическая нейропатия - 57 (18,9 %) пациентов, патологические переломы и разрывы связок в анамнезе у 24 (7,9 %) больных. Более редкими проявлениями ВГПТ являлись кальцифилаксия, оссификация мягких тканей и магистральных артерий, язвенная болезнь, энцефалопатия. Ультразвуковое исследование шеи явилось основным методом визуализации ОЩЖ и позволило у 203 (67,2 %) пациентов визуализировать три или четыре ОЩЖ. В качестве дополнительных методик визуализации ОЩЖ применялась сцинтиграфия и спиральная компьютерная томография шеи и средостения. Объем операции: тотальная паратиреоидэктомия с аутоотрансплантацией фрагмента околотитовидной железы выполнена 225 (74,5 %) пациентов, тотальная паратиреоидэктомия 75 (24,8 %) пациентов, удаление одной ОЩЖ 2 (0,7 %)

пациентов. Полученные результаты: Оценка результатов лечения проводилась по уровню снижения ПТГ и показателей кальциево-фосфорного обмена. Хороший результат лечения отмечен у 227 (76,2 %) пациентов, (уровень паратгормона после операции составлял менее 300 пг/мл); удовлетворительный результат хирургического лечения - 38 (12,6 %) пациентов (уровень ПТГ после операции составлял от 300 до 800 пг/мл); неудовлетворительный - у 34 пациентов уровень ПТГ после операции сохранился практически неизменным или составлял более 800 пг/мл. Осложнения во время операции, или в первые сутки послеоперационного периода отмечены у 12 (4 %) пациентов, из них у 4 (1,3 %) – отмечен односторонний парез голосовой связи, у 6 (2,0 %) – развилось кровотечение из послеоперационной раны, у 1 (0,3 %) – интраоперационный пневмоторакс, в 1 (0,3 %) случае развился тромбоз артерио-венозной фистулы. У 255 пациентов, которым выполнена аутоотрансплантация фрагмента ОЩЖ, в отдаленном послеоперационном периоде наблюдались лучшие показатели кальциево-фосфорного обмена, хотя у 18 (8 %) из них развилась гиперфункция аутоотрансплантата, что потребовало хирургического удаления аутоотрансплантата. Обсуждение: ВГПТ является тяжелым осложнением ХБП, при этом большая категория пациентов, находящихся на ЗПТ, нуждается в хирургическом лечении ВГПТ. Выводы и практические рекомендации: 1. Хирургическое лечение ВГПТ является методом выбора у пациентов со стойким уровнем ПТГ более 800 пг/мл. Пациентам с ХБП 5 стадии с уровнем ПТГ ниже 800 пг/мл и явными клиническими проявлениями ВГПТ должна быть произведена оценка возможности и целесообразности хирургического лечения. 1. Ультразвуковое исследование – наиболее информативный метод дооперационной визуализации ОЩЖ. Применение дополнительных визуализирующих методик – сцинтиграфии ОЩЖ, СКТ целесообразно при не визуализированных или визуализированной только одной ОЩЖ при УЗИ. 2. Оптимальный объем операции – тотальная паратиреоидэктомия с аутоотрансплантацией фрагмента ОЩЖ.

442. Коррекция результатов лечения флегмон предплечья с учетом динамики раневого процесса

*Петренко Н.А., Грошилин В.С., Воронова О.В.,
Дубинин А.М., Мрыхин Г.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный
медицинский университет"

Цель – улучшение результатов лечения больных с флегмонами предплечья за счет внедрения методов лимфотропной антибактериальной терапии. Пациенты и методы. Проведено сравнительное проспективное исследование результатов лечения 34 больных с флегмонами предплечья в 2 клинических группах. Основную группу составили 20 пациентов, которым применен метод непрямой лимфотропной антибактериальной терапии с учетом фазы раневого процесса. В контрольную группу включены 14 пациентов, лечение которых проведено по традиционным схемам без цитологического контроля статуса раны. В обеих группах, при выполнении операций соблюдены базовые принципы лечения флегмон. В основной группе применено паранодулярное введение следующей комбинации препаратов: цефотаксим - 2 гр, новокаин 0,25% - 3,0мл и лидаза 32 Ед. В зависимости от характера и локализации флегмон использованы следующие проекции введения. 1. На границе нижней и средней трети предплечья в зоне локализации *lymphoglandula antibrachii* с медиальной или латеральной стороны. 2. По тыльной поверхности ладони, ближе к медиальному краю. 3. По боковым поверхностям в проекции границ лучезапястного сустава. Длительность непрямой лимфотропной терапии - 7 дней, кратность - 1 раз сутки. Фазу раневого процесса определяли по мазкам-отпечаткам из раны на 1-е, 3-и и 7-е сутки, кроме этого определяли динамику цитогрaмм. Результаты. Анализ цитогрaмм и оценка фаз раневого процесса в основной группе позволила отследить динамику перехода от воспалительных изменений к регенеративным. К 3-м суткам после операции тип цитогрaмм изменился от некротических и дегенеративных проявлений к регенераторным у 12 больных (60%), а на 7-е сутки указанная динамика отмечена у 17 пациентов (85%), при доминировании репаративных изменений у 75%. Регенеративный тип цитогрaммы при этом выявлен у 35% пациентов. Доля цитогрaмм некротического типа в 10%

соответствует 2 пациентам, которым при отсутствии необходимого эффекта в дальнейшем проведены ренекрэктомии. Анализ эффективности способа регионарной непрямой лимфотропной терапии не показал зависимости результата от использованной проекции введения. В основной группе не было неудовлетворительных исходов и повторных операций, как при поверхностных, так и глубоких флегмонах. У 2 пациентов контрольной группы (14,3%) констатировали неудовлетворительные исходы при неэффективности лечения и распространении гнойно-некротического процесса, что привело к повторным некрэктомиям и редренированию. Средний койко-день при поверхностных флегмонах равнялся 8,2 в основной группе и 9,3 – в контрольной; при глубоких флегмонах эти показатели составили 14,2 и 16,3 койко-дня, соответственно. Сроки амбулаторной восстановительной терапии в основной группе были короче, в среднем, на 2,8 суток. Положительная тенденция в лечении больных с использованием непрямой лимфотропной терапии (регионарного введения цефалоспоринов III поколения), проявилась ранее, чем при внутривенном введении антибиотика. В среднем, уже на 3и сутки отмечена положительная динамика в анализах крови (повышение уровня эритроцитов, снижение СОЭ, уменьшение числа лейкоцитов и ЛИИ); стихание, как симптомов общей интоксикации, так и местных признаков воспаления (согласно динамике раневого процесса). В основной группе отмечено более раннее купирование системных интоксикационных проявлений. В контрольной - значимые интоксикационные проявления сохранялись дольше, в среднем, на 1,85 суток. Выводы. Лимфотропный метод введения антибактериальных препаратов при флегмонах предплечья (в сравнении с традиционными способами) потенцирует эффект и повышает биодоступность препаратов, что требует дальнейшего изучения предложенного метода с внедрением в практику по мере накопления клинического опыта. Определение динамики фаз раневого процесса и цитогрaмм, дает возможность корректировать схему лечения гнойно-воспалительных заболеваний предплечья, позволяет улучшить итоговые результаты, определяя сроки дренирования, санации ран и компоненты послеоперационной терапии.

443. Освоение эндоскопической хирургии с применением дистанционных образовательных технологий

*Оскретков В.И., Балацкий Д.В., Ганков В.А.,
Андреасян А.Р.*

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный
медицинский университет МЗ РФ

В настоящее время все большую популярность приобретают дистанционные образовательные технологии. Базовое медицинское образование не предполагает заочное и дистанционное обучение. Однако, в процессе постдипломного образования, оно становится необходимым. Во первых это обусловлено трудностями, с которыми сталкиваются специалисты при профессиональном совершенствовании: недостаточное финансирование, как со стороны работодателя, так и отсутствие возможности у работника самостоятельно оплатить свое обучение. Не решенным является кадровый вопрос – во многих районных больницах единственный хирург на 2-3 ставки просто не может оставить работу на целый месяц или более. Вместе с тем, дистанционное обучение имеет положительные стороны: уменьшается финансовая нагрузка на обучающегося или спонсора (снижение стоимости самого обучения, командировочных расходов), возможность проходить обучение в различных регионах и ознакомиться с особенностями других научных школ, а также уменьшение времени отрыва от работы. Дистанционно можно преподавать теоретическую часть учебного материала, который включает в себя изучение лекционного материала, чтение литературы, а также просмотр учебных видеофильмов, что наиболее актуально для хирургии. Все указанное позволяет часть учебного материала преподавать дистанционно. Вместе с тем практическая подготовка (работа с больными, участие в обходах, присутствие на операциях и манипуляциях, освоение их) должна проводиться при очном обучении. На нашей кафедре проводится традиционный цикл повышения квалификации «Эндовидеохирургия», направленный на освоение врачами хирургического профиля основ эндоскопической хирургии, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности. С 2016 года преподавание данного курса идет в очно-дистанционной форме. Изучение материала начинается с дистанционной части,

продолжительность которой составляет 72 часа (50%), что соответствует двум неделям. Запись на цикл повышения квалификации и регистрация слушателя проводится также дистанционно. Преподавание проводится на платформе дистанционного обучения «MOODLE», которую мы уже на протяжении 8 лет успешно применяем для самостоятельной подготовки студентов к занятиям. Платформа является свободным интернет-приложением рассчитанным на онлайн-обучение. Интерфейс системы является простым, что позволяет легко его освоить преподавателям и курсантам. В системе «MOODLE» размещаются все необходимые учебные материалы: видеолекции и лекции в текстовом варианте, библиографические данные и ссылки на необходимую литературу, а также монографии и учебные видеофильмы, изданные коллективом кафедры. Материалы, созданные на кафедре доступны для свободной загрузки с целью дальнейшей работы офф-лайн и архивирования полученных знаний. После изучения каждой темы слушатель должен пройти тестирование с целью оценки усвоенного материала. Контакт с преподавателем осуществляется посредством веб-форума или через электронную почту. После освоения дистанционной части обучающийся пребывает в клинику, где осваивает практическую часть курса. Очная часть включает изучение эндоскопического оборудования, освоение основных мануальных навыков на тренажерах, посещение операционной и участие в операциях. Обучение завершается после сдачи очного экзамена. Выводы. Очно-дистанционное обучение является более доступным за счет снижения как финансовых так и временных затрат; позволяет сократить отрыв от основной работы; дает возможность архивирования полученных знаний с целью последующего повторения.

444. Кого и как лечить консервативно при остром аппендиците?

Совцов С.А. (1), Кригер А.Г.(2), Прибыткова О.В (1).

Челябинск, Москва

1. ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
2. ФГБУ «Институт хирургии им. А.А. Вишневского» Минздрава России

Актуальность. По данным ряда хирургов, успешность консервативной терапии острого аппендицита (ОА) достигает уровня 60-70% при небольшом числе осложнений (2-3%). Вместе с тем, все авторы единодушно считают, что консервативно можно лечить лишь не осложненные формы ОА. Материал и методы. На сегодняшний день ни одна из существующих диагностических систем оценки не может достичь достаточной специфичности и с абсолютной уверенностью идентифицировать наличие не осложненных форм ОА, а, следовательно, явиться показанием к проведению консервативного лечения. Полученные результаты. Консервативная терапия при ОА показана: а) больным, отказывающиеся от показанного им оперативного вмешательства; б) пациентам перенесшие недавно тяжелый инфаркт миокарда, а так же имеющие тяжелые хронические заболевания легких и сердца, находящиеся в декомпенсированном состоянии,; в) люди, находящиеся вне зоны досягаемости квалифицированной хирургической помощи (в море или под водой, в отдаленных северных территориях, в длительных космических полетах и т.п.. Назначенная терапия должна включать в себя внутривенную инфузионную терапию(растворы кристаллоидов в объеме не более 5-6 мл./кг/час) . При наличии болевого синдрома в животе показано введение диклофенака натрия внутримышечно . Мы считаем, что рациональным при назначении антибактериальной терапии является выделение трех клинических ситуаций: 1. Отсутствие наличия факторов резистентности имеющейся у пациента микрофлоры: молодой и зрелый возраст (менее 65 лет), отсутствуют или имеют место не критические сопутствующие заболевания; он не находился в лечебном учреждении в последние три месяца; не получал антибиотики в последние 90 дней. У данной группы больных возможно ограничить антибактериальный компонент консервативного лечения ОА антибиотиками путем введения ингибиторзащищенных пенициллинов: амоксициллин/клавуанат (по 1,2 г. 3 раза в день в/в)

или ампициллин/сульфобактам (по 1,5 г.3 раза в день в/в) или цефокситина (по 1 г. 3 раза в/в или в/м) или цефалоспоринов 3 поколения (цефтриаксон по 1 г.1 раз в день в/в или цефотоксим по 1 г. 2 раза в день в/в и в обоих случаях с обязательным сочетанием с введением метронидазола по 0,5 г. 3 раза в день в/в). При имеющейся аллергии на бета-лактамы антибиотики необходимо использовать в лечении препараты группы фторхинолонов (моксифлоксацин по 400 мг. 1 раз в день в/в или цiproфлоксацин так же по 400 мг.2 раза в день в/в, но с обязательной комбинацией с введением метронидазола по 0,5г. 3 раза в день в/в). 2. Пациенты, имеющие факторы риска наличия резистентности к антибиотикам при грамотрицательной микрофлоре. К этой группе относятся больные с ОА имеющие: предыдущие контакты с различными медицинскими организациями(уход и лечение на дому или пребывание и лечение в стационаре без проведения им различных инвазивных процедур); недавно проводимая (в последние 90 дней) антибактериальная терапия; пожилой возраст (старше 65 лет) и/или морбидный статус III -IV группы риска по ASA. У данной группы больных показано лечение эртапенемом по 1 г. 1 раз в день в/в. 3. Наличие факторов риска развития синегнойной инфекции. К ним относятся: факт имеющегося длительного пребывания их в стационаре или выполнение инвазивных процедур; недавно проводимая (в последние 90 дней) антибактериальная терапия; •пожилой возраст (старше 65 лет) и/или морбидный статус III -IV группы риска по ASA. Таким больным необходимо осуществлять лечение карбопенемами с антисинегнойной активностью (имипенем по 0,5 г. 4 раза в день в/в или меропинем по 1 г. 3 раза в день в/в или доропинем по 0,5 г. в/в 3 раза в день). Обязательным условием лечения антибактериальными препаратами является их внутривенный путь введения в первые 1-2 дня с последующим переходом (по складывающейся клинической ситуации у каждого конкретного больного) на внутримышечный или пероральный прием препаратов. Длительность курса лечения составляет не менее 7-10 суток. Обсуждение. При отсутствии положительной динамики клинической картины ОА у больных, находящихся в отдаленных районах их пребывания, следует предпринимать экстренные меры по доставке пациента в медицинскую организацию, где возможно оказание квалифицированной хирургической помощи.. В случаях положительного клинического эффекта от проводимого лечения (стихание болевого синдрома

в брюшной полости, нормализации температуры тела, лабораторных показателей – если таковые проводились, отсутствия признаков явлений раздражения брюшины), необходимо ее продолжать до полного выздоровления с последующим осмотром и наблюдением хирурга.

**445.Эндоскопическая аспирация
панкреатического сока и перитонеальный лаваж
при стерильном панкреонекрозе**

Михайлулов С.В., Моисеенкова Е.В.

Москва

1. ГОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова;
2. Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова. РФ. Москва

1Михайлулов С.В., 2Моисеенкова Е.В. Эндоскопическая аспирация панкреатического сока и перитонеальный лаваж при стерильном панкреонекрозе 1ГОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова; 2Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова. РФ. Москва Актуальность: В настоящее время среди хирургов не существует единодушия в реализации компонентов комплексного лечения стерильного панкреонекроза (СПН) Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 359 больных СПН за пять лет в клинике. Мужчин было 219 (61%). Старше 65 лет – 67 (18,7%). У 262 человек (73%) течение заболевания осложнилось ферментативным перитонитом. Всего умерли 96 человек (26,7%). Статистическая обработка проведена с помощью программы Stat Plus Professional Цель: Определить место и значимость эндоскопической аспирации панкреатического сока (ЭАПС) и перитонеального лаважа (ПЛ) в лечении СПН. Полученные результаты: ЭАПС выполнена у 122 пациентов (34%). Показанием к проведению аспирации была гиперферментемия. После диагностической дуоденоскопии выполнялась катетеризация большого сосочка двенадцатиперстной кишки с одномоментной катетеризацией вирсунгова протока и аспирацией содержимого. Отмечено быстрое купирование болевого синдрома у больных. Помимо ликвидации препятствия на уровне сосочка камнем у больных с

ЖКБ (16 больных (4,5%)), ЭАПС способствовала приостановке аутолиза поджелудочной железы при сохраненной ее функциональной активности. Рассматривая статистические данные однофакторного анализа отмечено, что чем чаще проводилась ЭАПС, тем реже диагностированы острые скопления жидкости (ОСЖ) в парапанкреатической клетчатке ($r = -0,0921$; $p = 0,0092$) и ниже летальность ($r = -0,0747$; $p = 0,0346$). Корреляционной связи между частотой выполнения ЭАПС и развитием гнойных осложнений не наблюдалось ($r = 0,0060$; $p = 0,8661$). При ферментативном перитоните проводилось видеолaparоскопическое дренирование брюшной полости с последующим перитонеальным лаважем. Активность α -амилазы выпота оценивали как исходно, так и в динамике. Лаваж прекращали при нормализации активности фермента. После лаважа реже наблюдались ОСЖ (24,9%), чем без него (41,7%) ($p = 0,0354$); гнойные осложнения (21% и 41,7%). На фоне промывания брюшной полости реже снижалась летальность (26,6%), чем без лаважа (47,2%). В процессе лечения прослеживается достоверная обратная корреляционная связь между проведением лаважа и развитием ОСЖ ($r = -0,1528$; $p = 0,0002$), развитием гнойных осложнений ($r = -0,1902$; $p < 0,0001$) и летальностью ($r = -0,1805$; $p < 0,0001$). Выводы и рекомендации: 1. Считаем нецелесообразным отказываться от эндоскопической аспирации панкреатического сока при гиперферментемии крови в повседневной работе. 2. Отказ от проведения лаважа при ферментативном перитоните приводит к увеличению случаев ранних местных осложнений СПН (ОСЖ), гнойных осложнений и летальности

446. Лечение калькулёзного холецистита в стационаре досуточного пребывания

Чиников М.А. (1), Азимов Р.Х. (2),
Калиниченко А.С. (2), Глушков П.С. (2),
Курбанов Ф.С. (1)

Москва

1) РУДН, 2) ЦКБ РАН

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является оптимальным вмешательством у больных калькулёзным холециститом. Выполнение ЛХЭ позволяет сократить сроки стационарного лечения, что способствует скорейшему возврату оперированных к своей социально-трудовой деятельности. Нами предпринята попытка разработки программы лечения больных калькулёзным холециститом в стационаре одного дня (до 23 часов). Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 560 больных (137 мужчин и 423 женщины) острым и хроническим калькулёзным холециститом в период с 2012 по 2016 гг. Всем пациентам выполняли ЛХЭ. 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. С учётом планируемых сроков лечения в работу включали больных с лёгкой формой острого холецистита, поступавших в стационар в дневное время. Обязательными для лечения в стационаре досуточного пребывания являются: письменное согласие пациента; взрослый сопровождающий в течение суток после выписки; проживание в отдельной квартире или доме не далее 50 км от стационара; стационарный домашний телефон. Все больные разделены на 2 группы: 1 группа - 190 больных, которым ЛХЭ выполнена в стационаре одних суток (до 23 часов); 2 группа - 370 больных, сформирована из пациентов, оперированных в хирургическом отделении стационара, которые соответствовали указанным выше критериям. Средний возраст больных 1 группы составил $47,6 \pm 16,1$ г., 2 группы $51,3 \pm 14,2$ г. Класс риска анестезии по шкале ASA у больных всех групп варьировал от I до III (в среднем $2,1 \pm 0,5$ в 1 группе и $2,5 \pm 0,5$ во 2 группе). Больных острым холециститом в 1 группе было 68,4%, во 2 - 35,1 %. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, частоте сопутствующих заболеваний, классу риска анестезии. Больных 1 группы оперировали в день

поступления, в течение 1-3 дней после выписки осуществляли патронаж. Полученные результаты. У 3 больных 1 группы выполнена конверсия доступа в минилапаротомию: у 1 больного (0,5%) из-за интраоперационного кровотечения, у 2 больных (1%) из-за перивезикального инфильтрата. Такой подход позволил остаться в рамках миниинвазивного вмешательства и выписать пациента в течение суток. У 1 больного 2 группы (0,3%) 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 $48,4 \pm 10,3$ мин в 1 группе и $53,8 \pm 21$ во второй. Частота деструктивных форм острого холецистита составила 32,6% в 1 группе и 21,6% - во 2. Послеоперационных осложнений и летальных исходов в обеих группах не было. Средняя длительность стационарного лечения в 1 группе была $20,2 \pm 1,7$ часов, во 2 - $98,4 \pm 48$ часов ($4,1 \pm 2$ суток). Обсуждение. Раннюю (до 23 часов) выписку больных 1 группы осуществляли при удалённом дренаже брюшной полости; купировании болевого синдрома пероральными ненаркотическими анальгетиками; полном восстановлении сознания и основных жизненных функций; достаточной двигательной активности пациента; отсутствии признаков кровотечения; минимальных диспептических явлениях. На основании полученных результатов выработаны критерии отбора пациентов и предложен алгоритм лечения больных острым и хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара досуточного пребывания. Выводы и рекомендации. Лечение больных острым и хроническим холециститом в условиях стационара одного дня возможно при тщательном отборе больных с обязательным патронажем после выписки и возможностью круглосуточной госпитализации в стационар при подозрении на развитие осложнений.

447. Оценка размеров имплантатов «титановый шелк» в отсроченном послеоперационном периоде.

*Азимов Р.Х. (1), Шемятовский К.А. (1),
Юматова Е.А. (1), Курбанов Ф.С. (2), Ахмедов Т.З.
(2), Аль-Арики Малик Киад Мохаммед (2)*

Москва

1) ЦКБ РАН, 2) РУДН

Актуальность. Ряд экспериментальных исследований продемонстрировал возможность уменьшения размеров полимерных сетчатых имплантатов до 50% при их имплантации в мягкие. Их сморщивание приводит к нарушению подвижности передней брюшной стенке, развитию рецидивов грыж, снижению качества жизни пациентов. Полимерные сетчатые имплантаты обладают неудовлетворительной рентгенологической контрастностью, что затрудняет инструментальное подтверждение факт изменения их размеров. В настоящее время получили распространения титановые сетчатые имплантаты «титановый шелк», одним из положительных свойств которых является рентгеноконтрастность. Материал и методы. В хирургическом отделении ЦКБ РАН были прооперированы 40 пациентов с грыжами живота различной локализации – из них 25 паховых, 15 послеоперационных белой линии живота. Выполнялась паховая герниопластика по Лихтенштену и герниопластика sub lay retromuscular, с использованием титановых сетчатых имплантатов. На 3 и 90 сутки после вмешательства пациентам проводилась компьютерная томография с целью оценки расположения имплантата в тканях и его размеров. Полученные результаты. Через 3 суток после операции средняя площадь имплантатов после паховых герниопластик составила 37.6±4.2 см², после герниопластик вентральных грыж 112.5±12.2 см². Расположение имплантатов в тканях соответствовало их интраоперационной установке. В проекции оперативного вмешательства наблюдались пузырьки воздуха в подкожной клетчатке, незначительное увеличение региональных лимфатических узлов, что связано с ранними сроками после оперативного лечения. Через 90 суток после операции размеры сетчатых имплантатов существенно не изменялись – 36.2 ± 8.0 см² после паховых герниопластик и 113.6±22.9 см² после пластик вентральных грыж. Дислокации

имплантатов, жидкостных скоплений в их проекции, других патологических изменений обнаружено не было. Выводы и рекомендации. Таким образом, имплантаты «титановый шелк» обладают удовлетворительной рентгеноконтрастностью, позволяющей адекватно оценивать их расположение в тканях и размеры после герниопластики. Через 90 суток после выполнения операций не наблюдается значимого изменения размеров имплантатов «титановый шелк».

448. Комплексная коррекция послеоперационного пареза кишечника после объемных оперативных вмешательств на ободочной кишке

*Евсеев М.А. (1), Фомин В.С.(2), Владыкин А.Л. (1),
Клишин И.М. (1), Никитин В.Е. (1)*

Москва

1) ФГБУ «Клиническая больница №1 (Волынская)» УДП РФ, 2) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта представляет собой грозное осложнение абдоминальных оперативных вмешательств, приводя к удорожанию лечения и пролонгации стационарного этапа в 1,5 раза в сравнении с больными без динамической кишечной непроходимости. На современном этапе крайне перспективным видится применение комплексного воздействия методов фармакопии, ранней нутритивной коррекции и электростимулирующего воздействия для разрешения пареза без повторного оперативного вмешательства. Цель. Апробация и внедрение метода транскутанной резонансной электростимуляции в комплексной коррекции моторно-эвакуаторных нарушениях пищеварительного тракта после объемных оперативных вмешательств на ободочной кишке. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 12 больных с послеоперационной динамической кишечной непроходимостью после лапаротомных оперативных вмешательств по поводу опухолей ободочной кишки за период 2016-2017 годов. Всем пациентам операции выполнялись по экстренным или срочным показаниям. Гендерное распределение - преобладание лиц мужского пола (3:1). Средний возраст - 54,2±6,1

года. Выполненные вмешательства: правосторонняя гемиколонэктомия – 5, расширенная правосторонняя гемиколонэктомия – 3, левосторонняя гемиколонэктомия 3, резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом – 1. Показания: толстокишечная непроходимость ввиду опухолевой обструкции (5), толстокишечные кровотечения из опухолей распадом без обстипации (6), перфорация опухоли (1). Все операции завершались формированием первичного анастомоза, в случае с опухолевой непроходимостью в правой половине ободочной кишки интраоперационно устанавливался назоеюнальный зонд. Результаты. У всех пациентов в сроки от 1 до 4 суток после операции развился послеоперационный парез. Средние сроки наблюдения составили $2,9 \pm 0,6$ сут. Парез верифицировался клинически, данными УЗИ и обзорной рентгенограммией. Проводилась проба Шварца. Лечение пареза проводилось комплексно. Терапии предшествовало выполнение электроэнтерографии на «селективном полиграфе ЖКТ» (патент РФ №2023419). Исходно отмечалась снижающаяся амплитудная активность перистальтических волн всех отделов, на превышающая 7-9 мкВ. Далее после установки назогастрального зонда (в случае с еюнальной интубацией не выполнялось) внутримышечного вводили дистигмина бромид ($0,6$ мг/сут). Через час с момента введения холиномиметика проводили сеанс резонансной транскутанной электростимуляции последовательно на все отделы и селективно на «проблемные зоны». Длительность сеанса в среднем составила $94,5 \pm 12,4$ мин. Прирост амплитуды осцилляций составил более чем 300% от исходных значений (в среднем для тонкокишечных отделений $29,5 \pm 1,7$ мкВ в «фоновых режимах»). Кратность стимуляции составила $3,1 \pm 1,1$ сеансов. По окончании каждого сеанса электростимуляции в назоинтестинальный зонд вводилось 500 мл «энтерального коктейля»: 100 мл Ol.vaselini, 400 мл полуэлементарной энтеральной смеси со скоростью 50 мл/час для ранней энтеральной поддержки. На фоне подобной лечебной тактики нами отмечалась миграция контраста по кишечнику в течение 1,5 суток с последующим получением стула с барием. Газы отходили в течение 24 часов у всех пациентов, а самостоятельный стул получен в течение 48 часов. Во всех наблюдениях повторных вмешательств не потребовалось, достигнут положительный исход лечения и выписка в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап долечивания. Заключение. Принимая во внимание мультифакторность развития послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений, следует

отдавать предпочтение комплексному воздействию с применением средств фармакотерапии, электростимулирующих технологий, а также раннего энтерального питания, что позволяет, по нашим данным, добиться разрешения динамической кишечной непроходимости без проведения повторных оперативных вмешательств и существенного удлинения стационарного этапа лечения.

449. Язвенные гастроудоденальные кровотечения - как предотвратить рецидив?

Совцов С.А.

Челябинск

1. ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность. Частота рецидива язвенных гастроудоденальных кровотечений после эндоскопического гемостаза составляет 8-12% с летальностью 15-25%. Материал и методы. За последний год в нашей клинике на базе ОКБ№3 г. Челябинска находился на лечении 91 больной с острым кровотечением из гастроудоденальных язв. У 36 пациентов (39,5%) язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 53 (58,2%) в желудке. Больные в пожилом и старческом возрасте составили 63,8%. Хронические язвы желудка и 12перстной кишки диагностированы у 54 больных (59,4%) пациентов, острые язвы у 37 (40,6%). Фиброэзофагогастроудоденоскопия и методы эндоскопического гемостаза были применены во всех наблюдениях и их выполняли в первые 2 часа после момента госпитализации. При легкой степени кровопотери исследование проводили в приемном отделении (24 больных -26,4%), в хирургических отделениях (11-12%), в других отделениях стационара (9 человек -9,9%) под местной анестезией. При средней и тяжелой степени (45 человек -49,4%) - в реанимационном отделении и в палатах интенсивной терапии (2больных -2,3%) с внутривенной седацией. Полученные результаты. С целью предотвращения рецидива кровотечения при эндоскопическом гемостазе необходимо наличие специалистов, прошедших подготовку по выполнению остановки кровотечения с возможностью экстренного привлечения

вспомогательного персонала, обученного ассистировать при проведении эндоскопии. Для полной идентификации источника кровотечения мы считаем целесообразным осуществлять промывание желудка с помощью типового низкотемпературного омывателя. Подача из него «ледяной воды», позволяет не только уменьшить интенсивность кровотечения, но и в ряде случаев остановить его за счет спазма сосудов в дне язвы. Для выбора оптимальной лечебной тактики, мы в своей практике обосновываем выбор способа эндоскопического гемостаза, в зависимости от глубины расположения поврежденного сосуда с учетом уровня (слоя) стенки полого органа. Если кровоточащий сосуд расположен только в пределах слизистой оболочки желудка и 12перстной кишки, то применяли физические химические способы гемостаза. При локализации кровоточащего сосуда в подслизистом или мышечном слое, то методом выбора считали механический гемостаз. Рутинное выполнение повторного эндоскопического вмешательства (second look) считаем не обязательным. В случае рецидива кровотечения обычно проводим повторную попытку эндоскопического гемостаза. Число их должно быть не более 3-4. Для прогноза рецидива кровотечения из многих предлагаемых схем, нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Для определения тактики введения больного производили ориентировочную оценку риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. Нами показано, что при сумме баллов ИРК от 1 до 12 необходимо проводить консервативное лечение, от 13 до 16 баллов осуществляли динамическое наблюдение, показаниями к операции была сумма баллов 17 и более. Обсуждение Разработка и использование системы предотвращения рецидива острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений позволило нам снизить их частоту до уровня 4,2% (4 больных). Показаниями к оперативному лечению считали: наличие показателя ИРК более 17 баллов, при клинических признаках продолжающегося кровотечения при безуспешных попытках эндоскопического гемостаза. Всего оперировано 12 больных (13,2%), что на 68% меньше, чем до принятия предлагаемых и используемых в клинической практике противорецидивных мероприятий. Умерло двое больных, в том числе один без операции. Общая летальность составила 2,2%, послеоперационная – 8,3%. Выводы. Таким образом, активное применение конкретной лечебной стратегии диагностики и лечения острых язвенных

гастродуоденальных кровотечений позволило значительно улучшить непосредственные результаты лечения при этой тяжелой патологии.

450. Качество жизни и отдаленные результаты хирургического лечения панкреатических свищей

*Котельникова Л.П. (1, 2), Бурнышев И.Г. (2),
Кудрявцев П.Л. (2)*

Пермь

ФГБОУ ВО "Пермский государственный
медицинский университет имени академика
Е.А.Вагнера" МЗ РФГБУЗ Пермская Краевая
клиническая больница

Актуальность. Постоянные и рецидивирующие наружные и внутренние панкреатические свищи (ПС) снижают качество жизни пациентов, приводят к нарушению пищеварения, снижению веса, а их лечение остается трудной задачей. Оценка отдаленных результатов применения различных методик оперативного лечения ПС весьма актуальна с целью выработки рациональной хирургической тактики. Материалы и методы. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения ПС с оценкой питательного статуса, внешнесекреторной и инкреторной функции поджелудочной железы, ее структурных изменений, а также качество жизни с помощью опросника SF-36 изучены у 20 пациентов. Семеро перенесли дистальную резекцию тела и хвоста поджелудочной железы (ПЖ) со спленэктомией, семи был наложен концевой инвагинационный панкреатикоюноанастомоз (ПЕА) по оригинальной методике, еще шести – продольный ПЕА. Причиной формирования наружного панкреатического свища с или без перехода в кисту послужил инфицированный панкреонекроз (10), закрытая травма живота (3), операционная травма при операции на желчевыводящих путях (1). Результаты и обсуждение. Ликвидация наружного панкреатического свища в отдаленном периоде улучшила питательный статус пациентов за счет значимого увеличения массы с $62,73 \pm 12,67$ кг до $67 \pm 13,26$ кг и ИМТ с $20,38 \pm 3,57$ до $21,54 \pm 3,36$. Отмечена тенденция к повышению содержания общего белка крови. Сахарный диабет (СД) 2-го типа

диагностирован в 34,61% после хирургического лечения наружных ПС в исходе инцифированного панкреонекроза (ИП), причем 2/3 из них нарушения углеводного обмена были обнаружены уже после операций по поводу инфицированного панкреонекроза (ИП). У трех пациентов (11,53%) СД был выявлен впервые: легкой степени (2) – после дистальной резекции ПЖ и средней (1) – после продольного ПЕА. В одном случае тяжесть СД увеличилась, пациент после наложения продольного ПЕА был переведен на лечение инсулином. СД развивался достоверно реже после наложения концевой инвагинационного ПЕА, чем после использования продольного ПЕА и дистальной резекции ПЖ. Среди пациентов с ПС в исходе ИП отмечена тенденция к повышению уровня глюкозы крови, С-пептида и значимое увеличение содержания гликированного гемоглобина через год после хирургического лечения по поводу ПС по сравнению с дооперационным уровнем. Активность амилазы крови в отдаленном периоде у большинства пациентов (81,8%) была в пределах нормы, у остальных 18,1% превышала референсное значение в 1,5 раза. Уровень эластазы1 кала имел тенденцию к повышению по сравнению с дооперационным: у 9 из 14 обследованных больных был нормальным, у 5 (35,71%) – соответствовал средней степени тяжести экзокринной недостаточности ПЖ. По результатам топической диагностики (УЗИ, КТ органов брюшной полости, МРТ-панкреато-холангиография) у 19 пациентов развился хронический панкреатит без расширения протоковой системы. У одного сформировалась киста головки ПЖ, потребовавшая дополнительного хирургического лечения. Послеоперационные грыжи встречались часто (38,36%) и ухудшали качество жизни. Качество жизни по шкале физическое благополучие (PH) составило $38,32 \pm 8,01$ баллов, по шкале психического здоровья (MH) - $37,30 \pm 7,2$. При оценке качества жизни в зависимости от выполненной операции оказалось, что у больных после ПЕА по шкале PH оно было выше ($40,34 \pm 8,62$), а по шкале MH – ниже ($35,35 \pm 8,09$), чем после дистальной резекции ПЖ – ($34,80 \pm 6,28$ и $40,77 \pm 4,26$ соответственно), однако разница была недостоверной. Выводы. Ликвидация панкреатического свища в отдаленном периоде улучшает питательный статус, экзокринную функцию поджелудочной железы и не имеет существенного влияния на нарушения углеводного обмена. Оценка качества жизни в отдаленном периоде после хирургического лечения панкреатических свищей по шкале физического и

ментального здоровья удовлетворительная после всех видов хирургических вмешательств.

451. Видеоассистированные методы лечения желчекаменной обтурационной кишечной непроходимости

Гаербекоев А.Ш., Хамченкоо А.Г., Демин К. А.

Батайск, Ростовской области

МБУЗ ЦГБ г. Батайска РО

Значительный прогресс в абдоминальной хирургии связан с широким внедрением в клиническую практику операций, выполняемых видеоэндоскопическим методом. Желчекаменная кишечная непроходимость, или билиарный илеус, не часто встречающееся заболевание. Однако все возрастающее число больных холелитиазом обуславливает увеличение доли осложненных форм желчекаменной болезни. Целью настоящего исследования является оптимизация лечебно-диагностического процесса и выбор мининвазивного метода оперативного лечения при желчекаменной обтурационной кишечной непроходимости. Материалы и методы. За период с 2005 по 2017 год в условиях МБУЗ ЦГБ на лечении находились 37 больных с билиарным илеусом. По нашим данным женщины в этой группе встречаются значительно чаще чем мужчины. В основном это больные, которые имели длительный анамнез камненосительства. У 9 больных при поступлении были выявлены признаки острой кишечной непроходимости. Остальным больным диагноз был установлен в процессе дообследования и консервативного лечения при нарастании явлений острой кишечной непроходимости. Консервативное лечение следует расценивать, как один из этапов предоперационной подготовки при установке диагноза, а также как терапия, коррегирующая имеющиеся водно-электролитные нарушения в предоперационном периоде. При установлении диагноза билиарного илеуса обязательно выполнение ревизии гепатодуоденальной зоны. Этапность разобщения выявленного билиодигестивного свища определяется оператором индивидуально по результатам интраоперационной ситуации и фонового состояния

больного. Видеоассистированное устранение обтурационной кишечной непроходимости применена нами у 5 больных. Оперативное вмешательство проводили под общим обезболиванием и начинали с диагностической лапароскопии. Проводим ревизию органов брюшной полости с определением уровня и источника непроходимости. Основным моментом является исключение множественного поражения безоарами желудочно-кишечного тракта. Проводится оценка подвижности обтурирующего безоара и жизнеспособности кишки в зоне обтурации. Энтеротомия выполняется вне зоны обтурации. При наличии сомнительной жизнеспособности и признаках некроза производится резекция кишки с наложением анастомоза или формированием концевой энтеростомы. Результаты и выводы: учитывая развитие лапароскопических технологий, следует проводить поиск новых технологических решений в лечении больных с острой кишечной непроходимостью, что позволит минимализировать неблагоприятный исход лечебно-диагностического процесса и оперативной тактики.

452. Острый панкреатит- различные оперативные подходы при лечении его осложнений

Совцов С.А.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность. В последние годы, в силу различных причин, не удается реально снизить до приемлемых показателей результаты лечения острого деструктивного панкреатита, что подтверждается высокими числом послеоперационных осложнений (38-81%) и летальности (11 - 39%). Материал и методы. За последние пять лет в нашей клинике с помощью методов ультразвукового исследования, мультиспиральной компьютерной томографии, лапароскопии осуществляли стратификация тяжести состояния больных для выявления его осложненных форм. применялась стратификация тяжести состояния пациентов для выявления его тяжелых форм. Всего лечился 1 751 больной с острым панкреатитом, из которых оперировано 217

человек (12,4%). Деструктивный панкреатит был выявлен у 504 человек (28,8%). Всех их госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии, где на фоне постоянного мониторинга жизненно важных показателей гомеостаза, осуществляли системное лечение, включающее в себя адекватное обезболивание (с использованием эпидуральной анестезии), внутривенные инфузии сбалансированных полиионных растворов, плазмозаменителей, при необходимости введение катехоламинов (допамин, добутамин), проведение искусственной вентиляции легких с положительным давлением в конце выдоха, осуществлялась нутритивная поддержка и т.п. При реализации тактических подходов старались использовать малоинвазивные технологии. Полученные результаты. В анализируемый промежуток времени, при возникших осложнениях некротизирующего панкреатита стремились начинать лечение по схеме: от простого к сложному. При хирургических подходах чаще стали использовать лапароскопические технологии и малые доступы. Так, в первую неделю от начала заболевания у 125 человек (57,7%) произведены лапароскопические вмешательства: санация и дренирование брюшной полости, установка трубчатых дренажей для локального диализа сальниковой сумки. При необходимости проводили релапароскопию. Успешным такое лечение оказалось у 77 больных (61,6%), при котором удалось добиться стабилизации состояния пациентов и ограничить объем хирургического лечения лишь лапароскопическими процедурами и вмешательствами из малых доступов. В последнее время стали использовать видео-ассистированный гибридный подход (VARD) без применения ретропневмоперитонеума. Открытые традиционные лапаротомии по поводу имеющих тяжелых гнойных осложнений, были произведены у 92 человек (42,3%). Основным объемом хирургического вмешательства были этапные некр-секвестрэктомии с дренирующими процедурами. Обсуждение. Применение нами достаточно дифференцированного подхода к виду доступов, объема хирургических операций позволило уменьшить у большинства больных с тяжелыми гнойными осложнениями острого панкреатита частоту послеоперационных осложнений (до 49,8%) и летальность (до 28,5%).

453. Сравнительный анализ эффективности эндовазальной лазерной коагуляции и традиционной комбинированной флебэктомии.

Алиев М.А. Джанаев М.З.

Махачкала

ГБУ РД ГKB №1

Актуальность. В последние годы в современной медицине в лечении варикозной болезни все больше получает применение малотравматичная, малоинвазивная методика лечения, в том числе эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК), методика получила самое широкое использование. По данным различных авторов, распространенность варикозной болезни среди населения колеблется от 2 до 50 %. Частота встречаемости ВРВ среди подростков возрастает с каждым годом, при этом так же имеется патология клапанов глубоких вен у подростков, имеющих варикоз. Цель исследования: Оценить эффективность ЭВЛК в лечении ВРВ н/к в сравнении традиционного метода лечения ВРВ. Материалы и методы. В исследование вошли 74 пациента с варикозным расширением вен нижних конечностей (ХВН С2-С6, по СЕАР). При диагностике в дооперационном периоде (ЦДС вен н/к) у всех пациентов был выявлен патологический венозный рефлюкс по стволу БПВ и МПВ III- IV степени. Подбор пациентов для ЭВЛК велся так же с учетом размера варикозно расширенных притоков БПВ и МПВ диаметр которых не превышал более 5мм, так же учитывалось количество варикозно расширенных притоков. Учитывалось на УЗИ вен нижних конечностей прямолинейность хода ствола БПВ и МПВ, возможность продвижения световода по стволу. Пациенты подходящие по диаметру ствола вены, но не подходящие по степени извитости ствола БПВ или МПВ подвергались классическому методу лечения ВБ. В клинике прооперировано 74 пациента с ВРВ. Хирургическое лечение ВРВ – 40. ЭВЛК – 34 Критерии, по которым производилась сравнительная оценка результатов лечения, были следующие: болевой синдром в ближайшем послеоперационном периоде; частота послеоперационных осложнений; срок начала трудовой деятельности после операции; косметический результат вмешательства; частота рецидива варикозного расширения подкожных вен. Результаты и обсуждение. Среднее количество койко - день в стационаре у 1 группы – 6-7 дней, у

2ой группы – 2-3 дня. За время нахождения пациента в стационаре наблюдались послеоперационные осложнения в каждой из групп. Гематома на бедре – 40(100%) случаев у 1ой группы 21 (61,7%) случая у 2 группы. Парастезии и анемение 7(17.5%) у 1ой группы , 3(8.8%) у 2ой группы. Поверхностный тромбоз 0 у 1ой группы, 2(5,88%) у 2ой группы. Лимфорей 1(2,5%) у 1ой группы, 0 у 2ой группы. Так же пациентов предлагалось анкетирование по 5 бальной шкале, визуального эффекта на 2е сутки после проведения ЭВЛК. Средний балл по анкете составил - 4.3. Из представленных данных видно, что косметические результаты комбинированного хирургического лечения с использованием ЭВЛК лучше в сравнении с классической флебэктомией. Наиболее частой причиной негативного отношения к проведенной операции пациентов первой группы было наличие послеоперационных рубцов. Положительное отношение высказало и большинство пациенток, перенесших сопутствующую минифлебэктомию. Выводы. Таким образом, ЭВЛК магистральных подкожных вен не может быть рекомендована для широкого использования в качестве альтернативы классической флебэктомии. Достоинства методики - малотравматичность, косметичность, так же у данного метода имеются недостатки - дороговизна аппаратуры, расходных материалов, техническая сложность в выполнении, сложность устранения возвратного варикоза в отдаленном периоде. Описаны случаи в литературе, восстановление кровотока по стволу БПВ и МПВ после ЭВЛК. Получение хороших или отличных результатов находится в прямой зависимости от точного соблюдения показаний к ЭВЛК и учета всех факторов – выбор световода, диаметр ствола вены, соотношение - мощности установленная на аппарате и мощности на конце световода, способствующих успешному применению этого метода.

454. Первый опыт применения легких усиленных эндопротезов для герниопластики

*Суковатых Б.С.(1), Блинков Ю.Ю.(1),
Дубонос А.А.(2), Полевой Ю.Ю.(2)*

Курск

1) Курский государственный медицинский университет2) ОБУЗ КГКБ СМП

Предметом дискуссии является выбор между стандартными и легкими эндопротезами для герниопластики. Вследствие большой материалоемкости стандартных эндопротезов у пациентов развивается хронический болевой синдром в области послеоперационного рубца, ограничение подвижности брюшной стенки. Недостатком легких материалов является их низкая прочность, что может приводить к их разрыву при повышении внутрибрюшного давления. Цель исследования. Сравнить результаты применения для герниопластики стандартных и легких усиленных эндопротезов. Материалы и методы. Проведен анализ результатов эндопротезирования брюшной стенки у 40 больных с пупочными и послеоперационными грыжами больших размеров, которые были разделены на 2 группы по 20 человек в каждой. Группы были сопоставимы по полу, возрасту больных, размерам грыжи. В первой группе надапоневротически производилась пластика дефекта апоневроза при помощи стандартного полипропиленового эндопротеза с диаметром нити 0,12 мм, а во второй группе – при помощи легкого усиленного эндопротеза, состоящего из горизонтально расположенных более широкой основной (диаметр нити 0,09 мм) и более узкой усиленной зон (диаметр нити 0,12 мм), ритмично чередующихся друг с другом. Результаты. Субфебрильная температура у больных в обеих группах отмечалась первые 5 суток послеоперационного периода. Умеренная лейкоцитарная реакция с колебаниями лейкоцитоза в пределах 8-10 тыс без сдвига лейкоцитарной формулы регистрировалась в течение 6 суток. Из операционных ран в течение первых 5-6 суток выделялась серозно-геморрагическая, а затем в течение последующих 7-10 суток – серозная жидкость. В первой группе объем выделяемой жидкости колебался от 27,3±3,5 мл в первые сутки до 5,7±1,1 на 10-е сутки, а во второй группе соответственно от 23,4±2,3 мл до 2,1±1,1 мл. Статистически достоверной разницы выраженности температурной, лейкоцитарной и

экссудативной реакции между группами пациентов не зарегистрировано. В первой группе в ближайшем послеоперационном периоде у 5 (25%) больных зарегистрированы серомы ран, во второй группе осложнений не было. Заключение. Применение легких усиленных эндопротезов для герниопластики патогенетически обосновано и эффективно.

455. Ближайшие и отдаленные результаты лечения свищей прямой кишки

*Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Абдулаев Ш.А.,
Алишихов А.М., Рабаданова С.Р.*

Махачкала

ДГМУ

Актуальность. Параректальные свищи являются одной из актуальных проблем в колопроктологии, они составляют около 20% среди всех оперированных колопроктологических больных. Частота рецидивов после операции, по данным различных авторов, составляют от 5% до 15%. Материал и методы. Анализированы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 896 больных, находившихся на лечении в республиканском колопроктологическом отделении с 2014 по 2017 гг. Мужчин было 711(79%), женщин-185(21%). Интрасфинктерные свищи были у 524(58%) больных, экстрасфинктерные – у 214(24%) и трансфинктерные – у 158(18%) больных. По возрасту больные распределены следующим образом: от 20-до 40 лет-411, 41-60 лет- 400и свыше 60 лет 85 больных. Клинически свищи проявлялись наличием свищевого хода с серозными или гнойными выделениями, иногда жаловались на боли в перианальной области, дискомфорт. Для уточнения диагноза выполнялись следующие общепринятые исследования: визуальный осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование хода, фистулография и ректороманоскопия. Вид оперативного вмешательства зависел от следующих факторов: 1. Отношение свищевого хода к сфинктеру прямой кишки; 2. Наличие воспалительных или других изменений вокруг свища. Перед операцией отделяемое из свища, в случае ее наличия, брали на

чувствительность микрофлоры к антибиотикам, и в течение нескольких дней до операции и в послеоперационном периоде проводили лечение антибиотиками по чувствительности. Оперативное вмешательство чаще всего выполняли под м/о безболиванием 711(79%) больных. Спинальная или перидуральная анестезия выполнена у 157(17%) больных, эндотрахеальный наркоз проведен у 28(4%) больных. Всем пациентам при интрасфинктерных свищах выполнено иссечение параректального свища в просвет кишки по Габриэлю без ушивания слизистой. При трансфинктерных свищах выполнялись 3 вида хирургических вмешательств: 1. При неглубоких свищах у 121 больных свищевой ход иссекали в пределах здоровых тканей с ушиванием раны 2. При глубоком поражении сфинктера в 5 случаях использовали иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала. 3. При рубцовых изменениях свища у 28 больных использовали лигатурный метод. При экстрасфинктерных свищах использовали иссечение свищевого хода с пластическим перемещением слизистой оболочки (7 больных), а при сложных и рецидивных свищах использовали лигатурный метод. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнение в виде нагноения раны отмечены у 8(1,5%) больных с интрасфинктерными свищами. Процесс удалось купировать консервативными мероприятиями. Рецидив свища наступил у 10(1,9%) больных. Больные были повторно оперированы в течение 2-х лет. Таким образом, хорошие результаты лечения отмечены у 506 (97%) пациентов, неудовлетворительный исход установлен в 1,9% случаях. При трансфинктерных свищах у 10(6,3%) развилось нагноение раны после операции. Рецидив заболевания установлен у 14(8,8%), недостаточность сфинктера у 4(2,5%) больных. Таким образом, хорошие отдаленные результаты получены у 130 (83%), удовлетворительные результаты у 6,3% и неудовлетворительные результаты у 18(11%) больных. Нагноение послеоперационной раны при экстрасфинктерных свищах имело место у 7 (3,2%) больных, рецидивы – у 8 (3,7%) и недостаточность анального жома – у 3 (1,4%) больных. Положительный результат получен у 203(95%) больных, неудовлетворительный в 11(5%) случаях. Средние сроки лечения больных со свищами прямой кишки составили 9 к/дней, продолжительность амбулаторного лечения 21 дней. Выводы. Дифференцированный подход к лечению свищей прямой кишки позволило получить положительный результат у 92% больных. Причинами рецидива заболевания были

технические пробелы, допущенные ошибки в пред- и послеоперационном периодах.

456. Регионарная анестезия при операциях на сонных артериях у пациентов высокого кардиологического риска

*Симонов О.В. (1), Тюрин И.Н. (1,2),
Прямыков А.Д. (1,3), Маклакова К.В. (1),
Сурахин В.С. (1), Миронков А.Б. (1,3)*

Москва

1 - Городская клиническая больница имени В.М. Буянова. 2 - Кафедра анестезиологии и реаниматологи

Актуальность: в настоящее время отсутствует единое мнение об оптимальном методе анестезии при выполнении каротидной эндалтерэктомии у пациентов с высоким риском кардиальных осложнений. Одни исследования указывают на преимущества регионарной анестезии (РА), а другие не выявили существенных различий между разными методиками обезболивания. Целью данной работы была оценка эффективности и безопасности применения РА при операциях на сонных артериях у пациентов высокого кардиологического риска. Материалы и методы: с 2016 по 2017 гг. в клинике выполнено 317 операций на сонных артериях, из них 212 (67%) вмешательств под РА. Двадцать восемь операций под РА были произведены у 20 пациентов высокого кардиологического риска (у 8 больных последовательно выполнены операции с двух сторон). Перед операцией всем пациентам была выполнена коронароангиография. Риск кардиологических осложнений оценивался по трем шкалам: Revised Cardiac Risk Index (RCRI, Lee Score), Detsky Index и Vascular Quality Initiative Cardiac Risk Index (VQI-CRI). В исследуемую группу были отобраны пациенты с окклюзионно-стенотическим поражением коронарного русла и высоким риском кардиальных осложнений по вышеуказанным шкалам. Средний возраст пациентов составил $65,1 \pm 5,5$ лет; мужчин — 11 (55%). Средний балл по SYNTAX Score был 28 ± 14 . Перед операцией выполнялась РА в объеме блокады ипсилатеральных поверхностного и глубокого

шейных сплетений 0,5% раствором ропивакаина / левобупивакаина в общей дозе 150-200 мг. Во всех случаях РА дополнялась дробными внутривенными введениями фентанила в общей дозе 100-200 мкг. Всем отобраным пациентам была выполнена каротидная эндартерэктомия с сохранением сознания, внутренний шунт был применен в 15% случаев. Через 6 и 12 часов после операции определялся уровень тропонина I и КФК-МВ в крови, оценивались жалобы пациентов и динамика ЭКГ. Проанализирована частота развития кардиальных осложнений в периоперационном периоде. Полученные результаты: летальных исходов, инсультов, инфарктов миокарда и жизнеугрожающих нарушений ритма сердца не произошло ни у одного из пациентов. Уровень тропонина I повысился у 1 (5%) больного (0,12 нг/мл и 0,13 нг/мл через 6 и 12 часов соответственно, при норме 0 — 0,1 нг/мл), без клиники острой коронарной недостаточности и без изменений на ЭКГ. Осложнения РА отмечены у 2 (10%) больных в виде судорог и угнетения сознания (10-12 баллов по шкале ком Глазго). Данная симптоматика регрессировала в течение 30 минут и была расценена нами как токсическая реакция на введенный местный анестетик. Обсуждение: сегодня в хирургии сонных артерий существуют три основных метода обезболивания – регионарная, общая и комбинированная анестезия, являющаяся их сочетанием. В литературе указываются как недостатки, так и преимущества каждого из методов, однако однозначных рекомендаций по их применению до сих пор не существует. Регионарная анестезия, по мнению многих авторов, экономически более эффективна, сопровождается более низкой частотой развития кардиальных осложнений, позволяет мониторировать уровень сознания и толерантность головного мозга к ишемии при пережатии сонных артерий. В нашей работе мы не отметили ни одного клинически значимого осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. У одного пациента (5%) было незначительное повышение тропонина I через 6 и 12 часов после каротидной эндартерэктомии. Выводы и рекомендации: по нашим данным, РА является эффективным и относительно безопасным методом обезболивания при каротидной эндартерэктомии у пациентов высокого кардиологического риска.

457. Опыт успешного лечения больных с огнестрельными ранениями груди и живота в городском травмоцентре I уровня

*Найдёнов А.А., Петросян А.А.,
Пахмутова Ю.А., Бельский И.И.*

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Актуальность: Лечение больных с огнестрельными ранениями груди и живота является одним из проблемных разделов хирургии повреждений. В мирное время огнестрельные ранения груди составляют 3%, а брюшной полости – 1,9% случаев. К сожалению, даже в мирное время количество огнестрельных ранений не уменьшается, а наоборот возрастает. По статистическим данным летальность исходов при ранениях грудной клетки составляет 16,2%, торакоабдоминальных – 80%, брюшной полости – 36%. А это делает тему актуальной даже в мирное время и при современной медицине. Материалы и методы исследования: В 2017г в условиях травмоцентра I уровня на базе СПб ГБУЗ «Городская больница №26» успешно пролечено двое больных с тяжелыми огнестрельными ранениями: торакоабдоминальным ранением из охотничьего ружья и огнестрельным ранением брюшной полости из травматического оружия. Результаты: Пациент М. 36 лет, был доставлен в отделение СМП Городской больницы №26 14.02.2017г через 1,5 часа от момента получения огнестрельного ранения из охотничьего ружья. При поступлении состояние тяжелое, травматический шок II ст. Входное отверстие раневого канала располагалось на уровне VIII межреберья слева по средино-ключичной линии, выходные отверстия дробового ранения на уровне VIII-XII ребер слева по средне-подмышечной линии. Из входного отверстия раневого канала отмечалась эвентрация пряжи большого сальника. Через 15 минут от момента поступления начата операция двумя хирургическими бригадами одновременно. Выполнена левосторонняя переднебоковая торакотомия в VIII межреберье и лапаротомия. Интраоперационно диагностировано: раздробление V-VIII ребер слева и межреберных артерий и вен, левосторонний гемоторакс объемом около 500 мл, полный разрыв диафрагмы слева с эвентрацией в плевральную полость желудка, петли тонкой кишки и большого сальника, ушиб легкого, сердца, разрыв селезенки, тонкой и толстой кишки. Общий объем кровопотери на момент начала

операции около 1500 мл. Выполнено: перевязка межреберных артерий и вен, перикардотомия с ревизией, ушивание разрыва диафрагмы слева, торакопластика (торакофреникопекся), дренирование плевральной полости по Бюлау, спленэктомия, левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольного ануса, резекция участка тонкой кишки с наложением анастомоза «бок в бок». Послеоперационный период осложнился нагноением торакотомной раны, развитием сепсиса, псевдомембранозного колита, двусторонней пневмонии, поддиафрагмального абсцесса слева и кровотечением из острой язвы желудка. Нагноение торакотомной раны лечили методом вакуумной терапии отрицательным давлением. Пациенту трижды устанавливалась NPWT - система (21.02; 23.02 и 27.02). 27.02.2017 выполнена релапаротомия, вскрытие, санация и дренирование поддиафрагмального абсцесса слева. В послеоперационном периоде пациент получал, помимо антибактериальной терапии еще и иммуномоделирующую терапию пентаглобином. 01.03.2017 – NPWT - система была снята и наложены вторичные швы на рану. Торакотомная рана очистилась и заживление происходило вторичным натяжением. На 46 сутки после ранения был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии и 03.04.2017 оформлен на койку дневного пребывания. Был повторно использован способ лечения ран отрицательным давлением методом установки системы PICO, благодаря чему удалось сблизить края раны и стимулировать рост грануляционной ткани. Повторной операции не потребовалось, и пациент был выписан спустя 15 дней. 21.08.2017 повторная госпитализация в плановом порядке для закрытия толстокишечного свища. 24.08.2017 – лапаротомия, восстановление непрерывности толстой кишки. На 7 сутки после операции потребовалась повторная операция по поводу прорыва забрюшинного абсцесса в брюшную полость, при этом толсто-толстокишечный анастомоз признан состоятельным. Выполнена санация и дренирование забрюшинного абсцесса. Период нахождения в стационаре составил 24 к/д, выписан в удовлетворительном состоянии. Пациентка В. 37 лет доставлена в шоковую операционную бригадой СМП 09.01.2017 через 2 часа после ранения в крайне тяжёлом состоянии с диагнозом направления: «Слепое проникающее огнестрельное ранение живота из травматического оружия, травматический шок II ст». Входная рана располагалась выше пупка на 5,0-6,0 см и левее срединной линии на 2,0-3,0 см, раневой канал проходил спереди назад, проникая в брюшную полость. Через 13 минут после

поступления под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено до 3500,0 мл крови во всех отделах, выявлено повреждение брыжейки тощей кишки непосредственно у связки Трейца протяжённостью до 15,0 см, отрыв трёх ветвей верхней брыжеечной артерии калибром до 1 мм, кровоснабжающих начальный отдел тощей кишки. Краевые дефекты верхней брыжеечной артерии в месте отрыва ушиты атрауматической нитью без нарушения проходимости основного ствола. Непосредственно у места впадения в верхнюю брыжеечную вену лигирован поврежденный приток диаметром 3 мм. Дефект брыжейки тощей кишки, границами которого являлась 1-я сосудистая аркада, не ушивался. Учитывая большой объем кровопотери, нестабильность гемодинамических показателей, отсутствие четких макроскопических признаков ишемии стенки тощей кишки в бассейне поврежденных сосудов, принято решение об использовании тактики «damagecontrol». После стабилизации состояния в условиях реанимационного отделения, через 7 часов выполнена программированная релапаротомия – тощая кишка признана жизнеспособной. Дефект брыжейки не ушивался. На третьи сутки после ранения отмечено нарастание пареза кишечника, вздутие живота. Выполнена повторная программированная релапаротомия. Во время операции обнаружен тромбоз 1-й ветви верхней брыжеечной артерии с развитием некроза начального участка тощей кишки (в 2,0 см от дуоденоюнального перехода) протяженностью 60,0 см. Выполнена резекция некротизированного участка тощей кишки. Двенадцатиперстная кишка была заглушена двухрядным швом в области дуоденоюнального перехода, наложен дуоденоюноанастомоз «бок в бок» между нижнегоризонтальным отделом ДПК и тощей кишкой с выведением концевой юностомы в 25 см проксимальнее анастомоза. На шестые сутки послеоперационного периода развилась клиника послеоперационного перитонита. При релапаротомии выявлен некроз задней стенки культи двенадцатиперстной кишки и перфорация острой язвы тощей кишки в 1 см от анастомоза, межпетельные абсцессы. Произведена реконструкция передней стенки анастомоза с иссечением острой язвы, создание дуоденостомы «на протяжении» в левом подреберье. 24.01.2017 выполнена санационная релапаротомия с ушиванием лапаротомной раны. Течение послеоперационного периода осложнилось левосторонней нозокомальной пневмонией. Пациентка выписана на 51 сутки с

функционирующими дуодено- и еюностами. 5.06.2017г. – второй этап оперативного лечения - закрытие еюностомы. Дуоденостома закрылась самостоятельно. Выводы: Целью данного сообщения является демонстрация возможностей травмоцентра I уровня городского многопрофильного стационара по успешному оперативному лечению и реабилитации пациентов с огнестрельными ранениями.

458. Роль и место торакоскопии при травме груди: опыт Боткинской больницы

*Жестков К.Г., Поддубный В.В., Хадиков К.О.,
Ульянов С.А., Шехоян А.С.*

Москва

Городская клиническая больница имени
С.П.Боткина

Проблема травмы груди остается одной из самых актуальных в современной экстренной хирургии. Повреждения груди нередко являются причиной летальных исходов, достигающих, по оценкам разных авторов, до 30%. Следует отметить, что число больных с повреждениями груди неуклонно растет. Точная и своевременная диагностика внутриплевральных повреждений, их устранение и остановка внутриплеврального кровотечения является первоочередной задачей при травме груди. В стандартный диагностический алгоритм при торакальной травме включены клиническое обследование, рентгенография, КТ, УЗИ и общий анализ крови. До недавнего времени единственным методом, позволявшим получить достоверные данные о повреждении внутренних органов, была торакотомия. Диагностическая торакотомия сопровождается высокой травматичностью, большим количеством послеоперационных осложнений, увеличением сроков реабилитации пациентов, повышением стоимости лечения. Применение торакоскопии обеспечивает проведение полноценной ревизии и, в 80% случаев позволяет полностью устранить повреждения. Среди главных преимуществ применения торакоскопии при травме являются малая травматичность, сопоставимая с дренированием плевральной полости, уменьшение частоты

диагностических торакотомий, снижение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков госпитализации и реабилитации пациентов. Несмотря на очевидные преимущества, применение торакоскопии до настоящего времени не стало стандартом в диагностике и лечении повреждений груди. Основными показаниями к применению торакоскопии при торакальной травме являются: диагностика внутриплеврального кровотечения с визуализацией источника; эвакуация свернувшегося гемоторакса; санация посттравматической эмпиемы; подозрение на ранение диафрагмы; неразрешающийся пневмоторакс; диагностика гидроторакса; удаление инородного тела; диагностика ранения средостения. Противопоказания к применению видеоторакоскопии: нестабильность гемодинамики; невозможность односторонней вентиляции; наличие спаечного процесса в плевральной полости; подозрение на ранение сердца и крупных сосудов; заболевания свертывающей системы крови. Наиболее оптимальными сроками, как для лечебной, так и диагностической видеоторакоскопии является срок не более 12 часов с момента получения травмы. В ГКБ имени С.П.Боткина за период с 2016 по 2017 годы выполнено 117 видеоторакоскопий при повреждениях органов грудной клетки. При повреждениях диафрагмы выполнено 13 видеоторакоскопий, из них 6 (46,2%) конверсий. При гемотораксе 57 видеоторакоскопий, в 10 случаях (17,5%) выполнена конверсия, при эмпиеме плевры 18 видеоторакоскопий, у 5 больных (27,8%) выполнена конверсия, при повреждениях легкого 25 видеоторакоскопий, в 6 случаях (24,0%) выполнена конверсия. У 4 больных при флотирующих переломах выполнена торакоскопическая фиксации флотирующих переломов путем наложения чрескожных перикостальных швов или полипропиленовой сеткой. По нашим данным конверсия при проникающих ранениях грудной клетки произведена в 23,1% случаев, из них в 8% в связи с глубокими ранами легкого, и в 13,4% в связи с ранениями сердца, диафрагмы, перикарда и магистральных сосудов, массивным кровотечением и неэффективными попытками эндоскопического гемостаза. Применение диагностической и лечебной торакоскопии при торакальной травме до настоящего времени не вошло в стандарты оказания экстренной помощи. Показания и противопоказания к применению видеоторакоскопии, сроки ее выполнения и показания к конверсии доступа требуют

дальнейшего изучения. Из анализа нашего опыта следует, что применение торакоскопии приводит к снижению процента диагностических торакотомий, уменьшает частоту послеоперационных осложнений, сокращает сроки дренирования плевральной полости и реабилитации пациентов, снижает летальность.

459. Опыт применения самораскрывающихся стентов для эндоскопического стентирования при стенозах трахеи и бронхов различной этиологии

Коржева И.Ю., Поддубный В.В., Багателья З.А., Жестков К.Г.

Москва

Городская клиническая больница имени С.П.Боткина

В настоящее время подход к выбору метода лечения рубцовых стенозов трахеи, в том числе, вопрос о эндоскопическом стентировании трахеи остается неоднозначным и дискуссионным. В городской клинической больнице имени С.П.Боткина за период с 2016 по 2018 годы выполнено 22 оперативных вмешательств на трахее по поводу рубцовых стенозов, из них 12 эндоскопических стентирований самораскрывающимися стентами. Единственной радикальной операцией при стенозе трахеи является циркулярная резекция, однако в некоторых случаях существуют показания к этапным операциям по восстановлению просвета трахеи. В одном случае имел место циркулярный рубцовый стеноз на уровне 7 см от голосовых связок с просветом трахеи в зоне стеноза 7 мм. С учетом сопутствующего послеоперационного свищевого остеомиелита рукоятки грудины произведено эндоскопическое стентирование самораскрывающимся покрытым нитиновым стентом, что позволило произвести этапные вмешательства на грудине, однако через 2,5 мес выявлен рубцовый стеноз на уровне верхнего края стента, что потребовало повторного стентирования стент-в-стент. Через 7 дней отмечено смещение второго стента дистально в просвет первого, в результате чего с учетом невозможности циркулярной резекции была наложена

трахеофиссура. В одном случае пациенту с папилломатозом трахеи и левого главного бронха после эндоскопического удаления множественных папиллом произведено временное эндопротезирование трахеи нитиновым стентом для профилактики отека, кровотечения и прогрессирования разрастаний в раннем послеоперационном периоде. Через 16 суток стент удален с хорошим клиническим эффектом в послеоперационном периоде. Одному пациенту после закрытия трахеостомы с развитием стеноза трахеи в другом учреждении выполнено эндоскопическое стентирование трахеи. Через 1 месяц отмечена миграция стента каудально, что потребовало коррекции положения стента. Одному пациенту по поводу постинтубационного стеноза трахеи на фоне острого инфаркта миокарда после многократных бужирований трахеи был установлен эндоскопический стент, через 2 месяца выявлена выраженная деформация просвета стента без клинических затруднений дыхания. Одной пациентке с бронхо-плевральным свищем В6 выполнено эндоскопическое стентирование нижнедолевого бронха слева с бронхоблокацией устья В6. После закрытия свища и остаточной плевральной полости, на 20-е сутки стент удален. Одной пациентке с раком правого главного бронха с переходом на трахею с критическим стенозом трахеи установлен стент в нижнюю треть трахеи, затем стент-в-стент в правый главный бронх. Затем больной проведено химиолучевое лечение. Двум пациентам произведено стентирование после циркулярной резекции трахеи с частичной несостоятельностью анастомоза с непродолжительным временем стентирования (10 и 15 суток), после удаления стентов состояние анастомозов удовлетворительное. Заключение: Эндоскопическое стентирование является высокоэффективным, малотравматичным методом экстренной помощи при стенозе трахеи. Эндоскопическое стентирование трахеи не является самостоятельным методом лечения стенозов трахеи и может иметь определенные осложнения. В ряде случаев эндоскопическое стентирование может являться окончательным методом лечения, однако необходимо строго индивидуально подходить к показаниям и срокам стентирования. Решение о тактике лечения должно приниматься индивидуально в зависимости от вида и протяженности стеноза, выраженности воспалительных изменений в трахеобронхиальном дереве и мягких тканях шеи.

460.Эндоваскулярное лечение мезентериальной ишемии

*Щеголев А.А. ? ?, Папоян С.А. ? ?, Мутаев М.М. ? ?,
Громов Д.Г. ? ?, Васильев М.В. ? ?, Красников А.П. ? ,
Радченко А.Н. ? , Сазонов М.Ю. ?*

Москва

1- ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова, кафедра
госпитальной хирургии педиатрического
факультета 2- ГБУЗ “ ГКБ им Ф.И. Иноземцева “

Цель: Оценить непосредственные результаты эндоваскулярного лечения мезентериальной ишемии. Материал и методы: В исследование включены 24 больных в возрасте от 57 до 94 лет (средний возраст 71,2 ±10,2года). В исследовании: 13(55%) мужчин и 11(45%) женщин. Из них у 9(37%) в анамнезе острый инфаркт миокарда, у 21(87,5%) больного имелась гипертоническая болезнь. У одного (2,4%) больного ранее выполнялась операция коронарного шунтирования, каротидная эндартерэктомия выполнена у 5(20,8%)больных, рентгеноэндоваскулярную операцию на артериях н/к выполнена у 5(20,8%), эндоваскулярные операции на почечной артерии у 3(12,5%). Обследование больных выполняли стандартно: эндоскопия ЖКТ и лапароскопия выполнялись по показаниям. Рентгеноэндоваскулярные исследования у больных с хронической мезентериальной ишемией проводились по общепринятой методике. За сутки до операции, назначали клопидогрель 300мг, со дня операции больной получал ко-плавикс100/75мг, а больные с острой мезентериальной ишемией интраоперационно получали 15 000 Ед гепарина однократно перед началом операции и интегрилин 20мг/10мл. За 30 минут до исследования все больные получали в/в 2г цефтриаксона. Применяли контрастные препараты “ultravist 370” (фирмы “Nicomed” Норвегия). Контрастный препарат вводился автоматически шприц-инжектором Angiomat -Illumena. Ангиографию проводили на установке формы Toshiba. Рентгеноэндоваскулярные операции выполняли бедренным у 15(62,5%) больных и у 9(37,5%) больных плечевым доступом по методике Сельдингера. Аортография выполнялась в переднезадней и боковой проекциях применяя катетеры типа Cobra, Simmons или Jadcins. При хронической мезентериальной ишемией у всех

больных выполняли предилатацию стеноза перед имплантацией стента. У больных с острой мезентериальной ишемией выполняли механическую тромбоспирацию катетером ASAP. После завершения эндоваскулярного вмешательства выполняли контрольную ангиографию для выявления возможных осложнений (отслоение интимы, эмболии, тромбоза, экстравазация) или наличия остаточного стеноза. Результаты Баллонная ангиопластика и стентирование верхней брыжеечной артерии выполнена у 14(58%), а у 10(42%)- чревного ствола. У больных с хронической мезентериальной ишемией имплантированы 17стента Palmaz – genesis, 7 стента Smart- control и 6стентов Assurant cobalt. Средняя длина имплантированных стентов составил – 28,7±5,7мм, а средний диаметр 8,2±0,67мм. У больного после тромбоспирации имплантирован стент Assurant cobalt 7.0x60мм, у второго больного выполнена только тромбоспирация и стентирования не потребовалось. Летальных исходов или других осложнений связанных с эндоваскулярным вмешательством у больных с мезентериальной ишемией не было. Больные после рентгеноэндоваскулярных операций отметили улучшение общего состояния и прекращение абдоминального болевого синдрома. Выводы. Непосредственные результаты эндоваскулярных методов лечения при мезентериальной ишемии позволяют считать этот метод приоритетным в стадии ишемии кишечника в любой возрастной категории больных.

461.Миниинвазивная реконструктивная хирургия брюшного отдела аорты

*Хамитов Ф.Ф., Дибиров М.Д., Гаджимурадов Р.У.,
Абовян А.А., Маточкин Е.А., Гулаев О.Г,
Кузубова Е.А., Михайлов Д.А.*

Москва

Отделение сосудистой хирургии ГКБ
им В.В.Вересаева

Цель исследования: оценить преимущества и недостатки применения миниинвазивных-доступов в хирургии брюшного отдела аорты. Материал и

методы: С 2002 года в нашей клинике внедрены трансперитонеальный (срединная мини-лапаротомия длиной 4-6см) и ретроперитонеальный (латеральный параректальный) той же длины доступы к инфраренальному отделу брюшной аорты при хирургическом лечении синдрома Лериша (857 операций), и аневризмах инфраренального отдела аорты (151 операция). Трансперитонеальный мини-доступ был использован при синдроме Лериша, и всех тромбозах и аневризмах брюшного отдела аорты в 953 наблюдениях, ретроперитонеальный мини-доступ был использован только при синдроме Лериша у 55 пациентов. Изучали максимальный уровень выделения брюшного отдела аорты, возможности манипуляций на ветвях инфраренального отдела аорты, ограничения в хирургическом гемостазе в соответствии с определением глубины раны и углом операционного действия. В послеоперационном периоде изучали уровень болевого синдрома, продолжительность пареза кишечника, послеоперационный койко-день. Результаты: Трансперитонеальный мини-доступ при операциях на брюшной аорте позволяет выполнить эксплорацию всего инфраренального отдела брюшной аорты, мобилизовать при необходимости левую почечную вену, почечные артерии, контролировать нижнюю полую вену, нижнюю брыжеечную артерию, поясничные сосуды, чему способствуют оптимальные углы операционного действия и минимальная глубина в каждом конкретном наблюдении. Ретроперитонеальный мини-доступ позволяет ограниченно выделить брюшной отдел аорты на уровне нижней брыжеечной артерии или 2-3 см выше нее, отсутствует доступ к нижней полой вене и правой общей подвздошной артерии, правым поясничным сосудам, невозможность манипулирования на почечных сосудах, неудобства в формировании проксимального анастомоза и проведения правой бранши протеза. Послеоперационные показатели в группах с применением трансперитонеального и ретроперитонеального доступов достоверно не отличались: вынужденные расширения до полной лапаротомии, наркотическое обезболивание в раннем послеоперационном периоде, парез кишечника, средний койко-день послеоперационного пребывания. Выводы: Трансперитонеальный мини-доступ к инфраренальной аорте обладает всеми преимуществами стандартных доступов к брюшной аорте, обеспечивая при этом малую травматичность самой операции, быструю реабилитацию в послеоперационном периоде, лучшие отдаленные

результаты (частота послеоперационных грыж, спаечной болезни и ее проявлений, хороший косметический эффект); обеспечивает для хирурга комфортные условия операции, сокращение продолжительности операции, участие только одного ассистента. Также имеется более высокая экономическая эффективность (малая частота осложнений, низкая летальность, короткий срок пребывания больного в стационаре, быстрый возврат к труду). Ретроперитонеальный мини-доступ существенно ограничивает возможности манипуляций на аорте и может применяться с максимальной эффективностью только при вмешательствах на подвздошных артериях.

462. Место высокоразрешающей аноскопии (HRA) в хирургическом лечении геморроя

Хитарьян А.Г., Алибеков А.З., Ковалев С.А., Ромодан Н.А., Бурдаков И.Ю., Кисляков В.Н.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

В последние годы активное развитие получили минимально инвазивные технологии лечения хронического геморроя, однако, остается ряд нерешенных вопросов, влияющих на показатели эффективности лечения. В ряде случаев, неудовлетворительные результаты лечения связаны с развитием воспалительно-тромботических изменений (ВТИ) ткани геморроидального узла, что значительно снижает эффективность методик при применении стандартных режимов воздействия. Одним из современных методов оценки состояния слизистой анального канала является высокоразрешающая аноскопия (ВРА). Однако, по данным литературы, в подавляющем большинстве, ВРА упоминается лишь в диагностике интраэпителиальной неоплазии. Цель исследования. Оценить чувствительность, точность и специфичность высокоразрешающей аноскопии для определения наличия ВТИ в ткани геморроидального узла. Материалы и методы. В исследование были включены 77 больных хроническим геморроем III степени, находившихся на лечении в Центре амбулаторной проктологии НУЗ «ДКБ» на ст.Ростов-Гл. ОАО «РДЖ». Всем

больным выполнялась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Перед оперативным вмешательством проводили ВРА геморроидальных узлов с оценкой развития ВТИ. Проведение ВРА позволило выделить 3 варианта развития ВТИ в геморроидальных узлах: умеренные, выраженные и отсутствие таковых изменений. Все больные были разделены на 2 группы. I группу составили больные у которых в подавляющем большинстве обнаруживалось отсутствие ВТИ. Во II группу вошли больные у которых отсутствие ВТИ встречалось лишь в 10% случаев, тогда как во всех остальных узлах обнаруживались умеренные и выраженные ВТИ. Морфологическое исследование включало изучение гистологической структуры геморроидальных узлов (обследовано 112 геморроидальных узлов удаленных при геморроидэктомии). Результаты гистологического исследования так же позволили выделить геморроидальные узлы на 3 варианта в зависимости от развития в них ВТИ. Была проведена оценка диагностической чувствительности, специфичности, и точности. Результаты. При гистологическом исследовании морфологических срезов из ткани геморроидальных узлов у пациентов I группы, в 47 (82,5%) из них с отсутствием ВТИ, по данным ВРА, в 41 (71,9%) узле таковых изменений не выявлено, тогда как в 6 (13,8%) узлах обнаружены изменения. Во всех 10 геморроидальных узлах пациентов I группы, с наличием ВТИ, по данным ВРА, таковые изменения подтверждены гистологическим исследованием. У пациентов II группы при гистологическом исследовании ткани геморроидальных узлов, в 42 (76,4%) из них с наличием умеренных и 7 (12,7%) - выраженных ВТИ, по данным ВРА, в 38 (69,1%) и 13 (23,6%) узлах соответственно были обнаружены данные изменения. Статистический анализ показал, что ВРА является достоверным методом выявления ВТИ в геморроидальных узлах. Обсуждение. Использование ВРА позволило не только объективно оценить выраженность ВТИ геморроидального узла, но и оценить динамику изменений после проводимого консервативного лечения для подготовки больных к операции с использованием микронизированного диосмина. Гистологическое исследование позволило оценить диагностическую точность, специфичность и чувствительность ВРА в выявлении степени развития ВТИ. Статистический анализ показал высокую эффективность ВРА. Выводы. Выполнение ВРА в дооперационном периоде позволяет достоверно определить развитие ВТИ, что может являться предиктором неудовлетворительного результата минимально инвазивного лечения.

Таким образом, использование ВРА позволяет адекватно визуально оценить выраженность ВТИ, что чрезвычайно важно для определения тактики ведения и метода лечения больных геморроем.

463. Взаимосвязь сопутствующей патологии и развития осложнений после операций со стернотомическим доступом

Соколова В.В., Медведев С.Д., Трачук К.В.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность: в связи с увеличением общей продолжительности жизни, растёт и средний возраст пациентов, оперируемых с целью лечения ИБС, а также наблюдается прогрессирование выраженности не только основного, но и сопутствующих заболеваний. Влияние исходного соматического состояния пациента на послеоперационные осложнения изучаются исследователями по всему миру в течение десятков лет и продолжают по сегодняшний день. К числу предоперационных факторов, ведущих к постстернотомическим осложнениям (остеомиелит грудины и ребер, медиастинит) многие авторы относят возраст пациента, ожирение, сахарный диабет, перенесенный эндокардит, заболевания легких, прием глюкокортикостероидов. Однако единого мнения по факторам риска и их влияния на послеоперационный период в мировой литературе нами не найдено, чаще хирурги ориентируются на свой накопленный опыт. Цель исследования: оценить влияние предоперационных факторов риска на развитие осложнений, формирующихся у пациентов, хирургическим доступом у которых выбрана срединная стернотомия. Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» за 2012-2017 годы, доступом к органам средостения у которых использовалась срединная стернотомия. Ежегодно в клинике проводится около 350 таких операций. Была отобрана группа пациентов с развившимися послеоперационными осложнениями (остеомиелит грудины, медиастинит, лигатурные свищи), связанными с выбором доступа (n=41) и сформирована

контрольная группа путем случайного отбора без послеоперационных осложнений (n=40). Частота развития осложнений составила 2,34% случаев. Средний возраст пациентов первой группы составил 58,8±8,2 лет, а второй - 61,5±8,3 лет. В основной группе три четверти пациентов - лица мужского пола (n=31), а 25% - женского пола (n=10). В контрольной группе 32 пациента - лица мужского пола (80%), а 8 - женского пола (20%). В обеих группах проведен анализ предоперационных факторов риска развития послеоперационных осложнений, порядка 20 показателей, включающих в себя наличие стеноза коронарных сосудов, сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), вирусные гепатиты, приём различных лекарственных средств, функциональный класс стенокардии и стадию хронической сердечной недостаточности. Стоит отметить, что по большинству показателей обе группы практически идентичны в статистических соотношениях. По результатам нашего исследования, было выделено две сопутствующие патологии, кардинально отличающих основную группу от контрольной. Так, среди пациентов контрольной группы сахарный диабет второго типа отмечается в 28,6% случаев (n=10), в то время как в группе пациентов с осложнениями сахарным диабетом страдало 19 человек (p=0,017). У одного пациента в основной группе сахарный диабет выявлен впервые и гликемия на момент операции составляла 8,3-11,3 ммоль/л. Послеоперационный период у него осложнился остеомиелитом грудины, что привело к последующим нескольким остеонекроэктомиям грудины. Помимо этого, среди пациентов основной группы у 18 (43,9%) поставлен диагноз хронической обструктивной болезни лёгких, а в контрольной группе их всего трое. Заключение: 1. В нашем исследовании, среди большого количества предоперационных факторов риска развития инфекционных осложнений грудины после стернотомии, статистически достоверными являются сахарный диабет и хроническая обструктивная болезнь лёгких; 2. Стойкая гипергликемия выше 10 ммоль/л имеет значение в развитии послеоперационных осложнений, таких как остеомиелит грудины, медиастинит. 3. У пациентов, имеющих в анамнезе хронические обструктивные заболевания легких, чаще возникает нестабильность грудины, которая, в свою очередь, является фактором риска для развития инфекционных осложнений. 4. Взаимосвязь сопутствующей патологии с гнойными осложнениями грудины требует дальнейшего изучения и анализа.

464. Минимально инвазивные вмешательства у пациентов с новообразованиями грудного отдела пищевода

Черемисов В.В., Рябов А.Б., Хомяков В.М., Колобаев И.В., Чайка А.В., Аксенов С.А.

Москва

МНИОИ им. П.А. Герцена

Актуальность. Основным методом радикального лечения новообразований пищевода является хирургический. Недостатками открытого доступа при опухолях пищевода являются травматичность (торакотомия, лапаротомия), высокий риск бронхолегочных осложнений и, как следствие, длительное восстановление после операции. Внедрение малоинвазивных технологий позволяют избежать торакотомии, в значительной степени уменьшить операционную травму, снизить риск осложнений и сократить сроки пребывания больного в стационаре. Материалы и методы. В течение последних 4-х лет малоинвазивные вмешательства по поводу новообразований пищевода выполнены у 32 больных (мужчин-16, женщин-16). Средний возраст - 56,2 года (17 до 70 лет). Продолжительность операции составила от 90 до 680 минут (среднее время 360 минут). Средний объем кровопотери 304 мл. Средний койко-день составил - 15,4 дня. У 18 пациентов (56,5%) диагностирован плоскоклеточный рак грудного отдела пищевода, у 2 (6%) - аденокарцинома. У 3 (9,5%) больных были лейомиомы пищевода, у 6 (18,5%) - гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО), прочие неэпителиальные опухоли - 3 (9,5%). У больных раком пищевода локализованный процесс (T1-T2N0) был у 12 (60%) пациентов, местно-распространенный - у 8 (40%). У 1 пациента с ГИСО IV стадии (метастазы в легких) операция выполнена по ургентным показаниям в связи с кровотечением. У 26 (81%) пациентов использован торакоскопический доступ, у 6 (19%) - видеоассистированный (с миниторакотомией). 20 (62%) больным потребовалась пластика пищевода: у 19 - желудочным стеблем, у 1 пациента - сегментом толстой кишки. Абдоминальный этап при пластике пищевода выполняли открытым способом у 17 (85%) больных, лапароскопическим - у 3 (15%). Анастомоз формировали на шее (19) или внутривисцерально (1). Результаты. Применение малоинвазивного доступа привело к уменьшению сроков нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в среднем на один

день, снижению потребности в обезболивании, улучшению дренажной функции бронхов и сокращению послеоперационного койко-дня (с 19 до 15,4). Частота послеоперационных осложнений (по Clavien-Dindo) I степени составила 18%, II степени – 6%, IIIb степени – 9%, летальность – 6% (умерли 2 пациента). Обсуждение. Полученные результаты коррелируют с данными ведущих центров о преимуществе применения малоинвазивных технологий у пациентов с новообразованиями грудного отдела пищевода. Выводы. Применение малоинвазивных технологий при опухолях пищевода позволяет снизить риск легочных осложнений (при сопоставимой частоте общих осложнений), кровопотерю, выраженность болевого синдрома с сокращением сроков реабилитации после операции. Онкологические результаты сопоставимы для ранних стадий (для поздних стадий требуется дальнейшее изучение). Тем не менее, отсутствие торакотомии не предотвращает развития грозных хирургических осложнений, в частности у ослабленных и соматически отягощенных больных. Рекомендации. Пациентам с локализованными формами новообразований пищевода (эпителиальными и неэпителиальными) рекомендовано применение малоинвазивных технологий при отсутствии противопоказаний.

465. Ангиопластические операции у пациентов с местно-распространенными неорганными забрюшинными опухолями

*Черемисов В.В., Рябов А.Б., Хомяков В.М.,
Вашакмадзе Л.А., Колобаев И.В., Чайка А.В.,
Соболев Д.Д., Кострыгин А.К., Стецюк А.Н.,
Аксенов С.А.*

Москва

МНИОИ им. П.А. Герцена

Актуальность. Частота выполнения эксплоративных лапаротомий при местно-распространенных неорганных забрюшинных опухолях (НЗО) по причине вовлечения магистральных сосудов остается высокой. Опыт МНИОИ им. П.А. Герцена демонстрирует возможность успешного выполнения радикальных операций у данного

контингента больных. Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 43 пациентов с распространенными неорганными забрюшинными опухолями с вовлечением магистральных сосудов, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена. В 9(21%) наблюдениях выполнены резекции подвздошных сосудов с различными вариантами ангиопластики, включая подвздошно-бедренное протезирование (1), протезирование наружной подвздошной артерии (4), аутовенозное протезирование наружной подвздошной артерии (1), циркулярную резекцию общей подвздошной артерии с формированием сосудистого анастомоза (1), протезирование ствола верхней брыжеечной артерии (1), пластику общей подвздошной артерии сегментом внутренней подвздошной артерии (1). У 34(79%) больных операция сопровождалась резекцией магистральных вен: нижняя полая вена (краевая резекция в 8 случаях, циркулярная – в 11), воротная вена (2), подвздошные вены (12), верхняя брыжеечная вена (1). Результаты. У всех оперированных больных удалось обеспечить хирургический клиренс (R0) по стенке магистрального сосуда. Послеоперационные осложнения развились у шести больных, при этом одна больная скончалась. Сроки наблюдения за пациентами составили от 6 до 76 месяцев (медиана – 14 месяцев). Пятеро больных умерли от прогрессирования заболевания в сроки от 18 до 76 месяцев. Остальные – живы, без признаков прогрессирования. Медиана общей и безрецидивной выживаемости не достигнута. Обсуждение. Вовлечение в патологический процесс крупного сосуда (более половины диаметра) или прямая инвазия стенки является показанием к его резекции с различными вариантами ангиопластики. Резекции крупных сосудов не сопровождаются высоким уровнем осложнений, в том числе тромбозом, летальности, при условии полноценного планирования операции и проведения антикоагулянтной терапии. Выполнение хирургических вмешательств на магистральных сосудах требуют не только подготовленной хирургической бригады, имеющей опыт ангиопластики, но и адекватного анестезиологического сопровождения. Выводы. Истинная инвазия магистральных сосудов при забрюшинных опухолях не превышает 10%, это сопровождается ухудшением прогноза и выживаемости. Дальнейшее внедрение методик сосудистой хирургии позволит значительно расширить возможности хирургического лечения пациентов с забрюшинными опухолями, вовлекающими магистральные сосуды и улучшить качество оказываемой помощи. Рекомендации.

Пациентам с неорганными забрюшинными опухолями подозрением на вовлечение в патологический процесс магистральных сосудов необходимо проводить тщательное обследование, включающее, помимо изучения коморбидного статуса, оценку размеров, локализации опухоли, уровня и степени вовлечения магистрального сосуда, оценку кровотока, наличия внутрипросветного опухолевого компонента или тромба, функцию почек и степени компенсации коллатерального кровотока. Обязательные обследования включают: спиральную компьютерную томографию с контрастированием и 3Д-моделированием, ангиографию и ультразвуковое исследование, включая доплерографию.

466. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену в лечении ГЭРБ

Стебунов С.С., Богушевич О.С., Глинник А.А.

Минск

УЗ "9-я городская клиническая больница

В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта и встречается у 10-13% взрослого населения. В связи с этим количество антирефлюксных операций во всем мире неуклонно растет. Золотым стандартом лечения ГЭРБ считается лапароскопическая фундопликация. Мы изучили непосредственные и отдаленные результаты лапароскопической фундопликации по Ниссену у 86 пациентов. Показанием для оперативного лечения в 78 случаях были пищеводные грыжи и у 8 случаев стойкий рефлюкс-эзофагит без грыжи ПОД при неэффективности длительного консервативного лечения. Пищеводные грыжи у 59 были скользящие, у 12 - параэзофагеальные и у 7 – рецидивные. У 85% грыжи были 1 степени, у 20% - второй и у оставшихся пациентов – 3-4 степени. Возраст больных составил от 20 до 70 лет (в среднем - 51.2 года). Мужчин было 32 (37%), женщин – 54 (63%). Всем пациентам после стандартного обследования выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену. Этапы вмешательства также были стандартные:

«тупое» выделение пищевода с сохранением веток блуждающего нерва; создание позадищеводного пространства; мобилизация дна желудка с пересечением 1-2 коротких сосудов; круорография 2-3 узловыми или z-образными швами; проведение дна желудка позади пищевода и формирование манжетки на протяжении 3-4 см на толстом желудочном зонде. Операция фундопликации по Ниссену лапароскопическим доступом является достаточно простым вмешательством. Длительность операции колеблется от 180 минут (в период освоения методики) до 60-70 минут (последние 20 вмешательств). В значительной мере в освоении методики помогает опыт бариатрических операций на желудке (рукавная резекция и шунтирование желудка). Из интраоперационных осложнений мы имели повреждение задней стенки абдоминального отдела пищевода в случае повторной фундопликации при рецидивной грыже ПОД, потребовавшего конверсии в лапаротомию; развитие карбокситорака слева и подкожной эмфиземы в двух случаях (пункции плевральной полости). Общее количество интраоперационных осложнений составило 3.4%. Средняя продолжительность госпитализации составила 3.1 дня. Из послеоперационных осложнений, известных нам, рецидивы грыж ПОД отмечены в 3 случаях (3.4%), смещение манжеты выше диафрагмы – 1 случай (1.1%), стойкая дисфагия в течение 6 месяцев – 2 случая (2.3%). При анализе отдаленных результатов в сроки от 1 до 12 лет отмечено исчезновение клинических проявлений ГЭРБ у 97% пациентов, что позволило им отказаться от приема медикаментов. Таким образом, лапароскопическая фундопликация по Ниссену позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов у подавляющего большинства пациентов. Она является высоко эффективным и безопасным малоинвазивным хирургическим вмешательством, требующего более широкого внедрения в клинику.

467. Трансплантационные технологии в хирургическом лечении распространенного альвеококкоза печени

Киселев Н.М. (1,2), Бобров Н.В. (2), Горохов Г.Г. (2), Загайнов В.Е. (1,2)

Нижний Новгород

1. ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России
2. ФБУЗ "ПОМЦ" ФМБА России

Актуальность. Альвеококкоз печени сравнивают с паразитарным раком печени. Без лечения 10-летняя выживаемость едва достигает 10-20 %. На момент постановки диагноза и первичного обращения операбельность не превышает 30%. Единственным радикальным методом лечения является полное удаление паразитарной опухоли. Материал и метод. С 2008 по 2018 г. на базе ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России выполнено 50 оперативных вмешательств пациентам с альвеококкозом печени, что составило 4,2% от общего количества выполненных за этот период вмешательств (n=1197). Средний возраст пациентов составил 38,7 лет. Соотношение мужчин/женщин 17/45. Осложнённое течение заболевания наблюдалось в 45% случаев (механическая желтуха в 45%, синдром портальной гипертензии в 25,8 %). 58 % пациентов подвергались раннее проводимым хирургическим вмешательствам, преимущественно циторедуктивным резекциям, эксплоративным лапаротомиям. Из общей группы 64 % пациентов (n=32) имели распространенный альвеококкоз печени с вовлечением афферентных и эфферентных сосудистых структур, билиарного тракта. Отдаленные метастазы в легких диагностированы в 4 % случаев. Размер паразитарного узла в печени варьировал 9,3-21,7 см. Полученные результаты. Радикально оперированы 50 пациентов: 45 – пациентам выполнены резекционные вмешательства разных объемов, 5 пациентам выполнена ортотопическая трансплантация печени от посмертного донора. Из группы резекционных вмешательств 62 % составили обширные резекции печени (более 4 сегментов), резекции и реконструкции магистральных сосудов потребовались в 47 %, из них на НПВ в 21 случае, ВВ в 20 случаях. В 27 случаях выполнена резекция внепеченочных желчных протоков с последующей реконструкцией, в 33 % выполнены резекции таких смежных органов, как диафрагма, легкое, правый надпочечник, 12-перстная кишка, желудок, толстая кишка. В 4 случаях выполнены резекции «ex vivo» с

последующей аутоотрансплантацией, в 2 случаях с реверсивной аутоотрансплантацией левого латерального сектора. Частота явлений печеночной недостаточности степени А и В (согласно критериям ISGLS) не превысила 10 %. Осложнения согласно Clavien-Dindo зарегистрированы в 25 случаях, из них grade II – 5, IIIb – 13, IVb – 2, V – 5. Количество желчеистечений согласно критериям ISGLS: класс В – 6, класс С – 10. Всем пациентам проводилась обязательная противопаразитарная терапия. Выводы и рекомендации. 1. Отсутствие стандартизации диагностики и тактики лечения приводит к выявлению заболевания на стадии осложнений, что существенно снижает резектабельность. 2. Резекции печени у больных с распространенным альвеококкозом печени являются методом выбора лечения. Данный оперативные вмешательства следует проводить в специализированных гепатологических центрах с развитой трансплантационной программой. 3. Выполнение резекционных вмешательств требует соблюдения принципов R0 резекций. Выполнение циторедуктивных и паллиативных вмешательств является порочной методикой, приводящей к инвалидизации пациентов. 4. Трансплантация печени при альвеококкозе показана пациентам с преимущественно внутривеночной локализацией процесса и выполняется в классическом варианте. 5. Резекции печени «ex situ» можно расценивать, как альтернативу ортотопической трансплантации печени позволяющей избежать пожизненной иммуносупрессии и значительно повышающей качество жизни

468. Профилактика и лечение рефлюкс-эзофагита у бариатрических пациентов.

Анищенко В.В., Семенов С.А., Ким Д.А.

Новосибирск

клинический госпиталь "Авиценна" НГМУ,
каф. хирургии ФПК и ППВ

В нашем исследовании получены данные анкетирования 123 респондентов (21% из всех оперированных), ранее перенесших бариатрическое вмешательство – вертикальную резекцию желудка (ВР), при этом, основным

вопросом было оценить потерю избыточной массы тела и динамику изменений гастроэзофагеального рефлюкса. В клинике имеется опыт одновременного динамического исследования кардии включающего манометрию и миографию, где доказано, что в момент пропульсии пищевого комка снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере достигается при резкой активации мышц кардии. Огромное значение имеет фиксация по кардиодиафрагмальной и кардиоаортальной поверхности. При выполнении ВР есть взаимоисключающая проблема – при полной мобилизации и удалении дна разрушается механизм кардии, а при избыточном удалении эффект по ожирению теряется. Из ответивших респондентов до операции имели изжогу 51%, при этом принимали PPI 30%, тяжелого рефлюкса мы не наблюдали, но при этом у 45% из дооперационно обследованных ГЭРБ 1-2ст выявлен на ФГДС. Все пациенты имеют снижение избыточной массы тела более 50%. В послеоперационном периоде клинические проявления рефлюкса у 80%, при этом, учитывая рекомендованный прием PPI, проявлений слизистого поражения не встретилось при обследовании на ФГДС 80 пациентов из 123. При этом, более 10% имели яркую картину массивного рефлюкса (или объемного, чаще ночного), что является безусловным показанием к хирургической коррекции. В клинике разработана аксиальная инвагинационная коррекция кардии с применением сетчатых имплантов. Выполнение данной операции позволило у 6 из 8 пациентов добиться полного купирования рефлюкса с отказом от приема PPI. Учитывая общее количество ГЭРБ с прибавлением новых инцидентов после операции, мы обратили более пристальное внимание на предоперационное обследование, для возможной интраоперационной коррекции. При выявлении ГПОД, либо рефлюкс-эзофагита, мы решили (согласно литературным данным) выполнять слив резекцию с дистальной гастроэнтеростомией (transit bipartition). Первый опыт – 4 операции при наличии кардиофундальной, при этом BMI более 50, во всех случаях первым этапом выполнена степлерная вертикальная резекция с последующим ручным анастомозом между антральным отделом и тонкой кишкой в 2,5 метрах от илеоцекального угла. При наличии плотной брыжейки и сальника, последний пересекаем в направлении от дуоденоеюнального перехода к антральному отделу, после этого проблем с натяжением в области анастомоза нет. В условиях ожирения иссечение грыжевого мешка и крурорафия не выполнялись, Фиксация анастомозом и мягкая тракция вниз на момент выписки пациента сохраняет положение кардии

ниже диафрагмы. Сроки наблюдения незначительные, 2-5 месяцев, отмечаем, что динамика снижения веса идентична вертикальной резекции. Заключение: интраоперационная декомпрессия культи желудка при наличии ГПОД и ГЭРБ дает обнадеживающие результаты и требует дальнейшего изучения; в отдаленном периоде как метод выбора используется аксиальная инвагинационная кардиоластика.

469. Диагностическая и хирургическая тактика у больных с сегментарным мезентериальным тромбозом

Миминошвили О.И., Ярошак С.В., Антонюк О.С., Миминошвили А.О.

Донецк

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака

Мезентериальный тромбоз (МТ) одно из наиболее грозных заболеваний в ургентной хирургии, дающее высокую летальность (до 80-90%). По литературным данным частота мезентериального тромбоза незначительна и составляет 1 случай на 2000 больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. При тотальном поражении кишечника шансов на благоприятный исход заболевания практически не остается, при сегментарном поражении возможно проведение адекватного оперативного вмешательства и появляется шанс на выживание больного. Материалы и методы. В клинике за последние 15 лет на лечении находились 69 больных МТ. Из них тотальный тромбоз тонкой кишки был у 52 больных – все больные погибли от прогрессирующего перитонита и полиорганной недостаточности. У 17 больных были поражены отдельные участки тонкой кишки. Из них двое (11,8%) умерли. Наиболее достоверным методом дооперационной диагностики МТ является лапароскопия, которая выполнена у 83% больных. В случае выявления при лапароскопии тотального поражения всей тонкой кишки операцию не выполняли. Всем больным с сегментарным мезентериальным тромбозом (СМТ) были выполнены различные по объему оперативные

вмешательства. Было оперировано 17 больных. Наиболее часто гемодинамические нарушения при СМТ определялись в средней трети тонкой кишки – 8 больных (47%) и в терминальном отделе тонкой кишки – 7 пациентов (41%), у 2-х больных (11,8%) в процесс была вовлечена слепая кишка и часть восходящей ободочной кишки. При развитии СМТ, во всех случаях нами была выполнена резекция тонкой кишки с иссечением ишемизированного участка в пределах здоровых тканей. Границу резекции кишки определяли визуально в зависимости от цвета кишки и наличия видимой перистальтики. У всех больных использовали электрофизиологические методы исследования, позволяющие определить функциональное состояние кишки и адекватность реакции стенки кишки на электрическое и механическое раздражение. Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что существующие изначально гемодинамические расстройства в зоне мезентериального бассейна усугубляются после проведения оперативного вмешательства на брюшной полости. Одномоментное восстановление кишечной непрерывности сопровождается повышением внутрикишечного давления вследствие послеоперационного пареза. Возникающие явления местного компартмент-синдрома с компрессионным воздействием на стенку тонкой кишки приводят к усугублению нарушения кровообращения в последней. В результате создаются условия для развития повторного МТ. И, несмотря на адекватный выбор границы резекции тонкой кишки, наличие заведомо жизнеспособной и функционально полноценной кишки, проведении адекватной медикаментозной коррекции, избежать развития рецидива тромбоза мезентериальных сосудов достаточно сложно. В наших наблюдениях во всех случаях ретромбоз наступал в отводящей кишке. Определяющей доктриной у больных СМТ была возможность послеоперационного визуального контроля за состоянием кишечника. Достижение этой цели осуществляли либо проведением диагностических лапароскопий в послеоперационном периоде, либо оперативное вмешательство заканчивали выведением двустольной илеостомы. В послеоперационном периоде врач наблюдает за выведенной стомой и оценивает состояние приводящего и отводящего участков тонкой кишки. В дальнейшем при благоприятном исходе заболевания больному предлагали восстановление кишечной непрерывности через 1-1,5 месяца после операции. Выводы: 1. Течение послеоперационного периода у больных СМТ часто осложняется повторной ишемией кишки. 2. Для более раннего

выявления повторных ишемических нарушений в стенке кишки целесообразно предусмотреть возможность визуализации кишечника в послеоперационном периоде.

470. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен у больных варикозной болезнью нижних конечностей

*Миминошвили О.И., Антонюк О.С., Яроцк С.В.,
Миминошвили А.О.*

Донецк

Институт неотложной и восстановительной
хирургии им. В.К. Гусака

Основными причинами развития варикозной болезни нижних конечностей считаются недостаточность клапанного аппарата большой подкожной вены (БПВ) и несостоятельность перфорантных вен голени. Успех хирургического лечения варикозной болезни во многом определяется адекватным устранением вертикального и горизонтального патологического рефлюкса. Если техника удаления БПВ и ее притоков остается практически неизменной уже в течение полутора веков, то активное внедрение эндоскопических технологий ставит под сомнение целесообразность выполнения операции Линтона в ее оригинальном исполнении. Материалы и методы. Основным методом лечения при перфорантной недостаточности на сегодняшний день остается операция Линтона - Фельдера в разных ее модификациях. Больные, оперированные по этой методике, составили контрольную группу, которая включала 23 больных. Основную группу составили больные с эндоскопической диссекцией перфорантных вен. По этой методике оперировано 14 больных. У большинства больных, как основной, так и контрольной групп, на голени отмечались различной степени трофические изменения кожных покровов. Все больные были с 4-6 степенью венозной недостаточности. Для определения несостоятельных перфорантных вен использовали ультразвуковую доплерографию с маркировкой последних. Эндоскопическое пересечение коммуникантных вен является не только лечебной, но и диагностической процедурой, поэтому с этой

точки зрения нет необходимости в маркировке всех измененных перфорантов. Результаты и их обсуждение. При анализе отдаленных результатов оперативного лечения (1 год) у больных контрольной, так и основной группы отмечено заживление язвенного дефекта у 72% и 68% больных соответственно и значительное уменьшение диаметра язвы у остальных. Гиперпигментация кожных покровов голени уменьшилась у 38% и 47,8%, частота рецидивирования рожистого воспаления снизилась на 42% и 52%. Несколько иная картина определяется при сопоставлении непосредственных результатов оперативного вмешательства. Так, в контрольной группе у 13% оперированных пациентов в ближайшем послеоперационном периоде развились гнойно-некротические осложнения проявляющиеся в некрозе краев раны – у 8,6%, нагноения раны – у 4,3% больных. Более чем в половине случаев (57%) операционная травма подкожных нервов приводила к длительным нарушениям чувствительности. Средняя длительность стационарного лечения составила 11±2 дня. Эндовидеохирургическая техника позволила сократить послеоперационный койко-день почти в 3 раза до 5±1 день, а восстановление трудоспособности ускорить в 6-7 раз по сравнению с обычной операцией Линтона. Гнойно-некротические осложнения у больных контрольной группы не наблюдались. Регресс трофических нарушений кожи голени после эндоскопической диссекции происходил значительно быстрее, чем у больных контрольной группы, что обусловлено минимизацией операционной травмы в результате применения миниинвазивной техники и создания благоприятных условий для скорейшего восстановления трофики кожи. И напротив, обширная зона повреждения, возникающая в результате отслаивания кожнофасциального лоскута при традиционном вмешательстве, обычно превосходящая по площади зону трофических расстройств, замедляет процессы репарации тканей. Кроме того, наблюдался хороший косметический эффект. У всех больных, после операции Линтона, формируется грубый косметический дефект, требующий коррекции в отдаленном послеоперационном периоде. Выводы: 1. Эндоскопическая хирургия перфорантных вен является высокоэффективным методом ликвидации патологического вено-венозного сброса у пациентов с варикозной болезнью в стадии трофических расстройств. 2. Низкая частота послеоперационных осложнений, малая травматичность, высокая косметичность позволяют рассматривать эндохимию перфорантных вен как

альтернативу классической операции Линтона-Фельдера.

471. Осложнения в билиарной хирургии, показания и характер повторных операций на жёлчных путях.

Алиев М.А., Абдуллаев. М.Р.

Махачкала

Дагестанский госмедуниверситет

Кафедра хирургических болезней (Зав. – д.м.н. М.А. Алиев) педиатрического, стоматологического и медико – профилактического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский госмедуниверситет» МЗ РФ. Актуальность. За последние годы наблюдается значительный рост числа больных с ЖКБ и холециститами, улучшилась их диагностика, повысилась хирургическая активность, увеличилось количество интра- и послеоперационных осложнений, ПХЭС.ХЭ - удаление жёлчного пузыря, пораженного патологическим процессом, вполне обосновано и оправдано, направлено на ликвидацию источника болевого синдрома, очага эндогенной инфекции и интоксикации, профилактику механической желтухи, гнойного холангита, панкреатита, злокачественного перерождения жёлчного пузыря и других тяжёлых осложнений. Профилактика, своевременное выявление и эффективное лечение осложнений в билиарной хирургии - актуальная задача. Цель исследования: оптимизация диагностики и хирургического лечения ЖКБ, холециститов, анализ причин интра- и послеоперационных осложнений в билиарной хирургии, разработка и внедрение в практику эффективных методов их профилактики, диагностики и лечения. Материал и методы исследования. Анализированы наблюдения, охватывающие 6601 больных с ЖКБ и холециститами в возрасте от 17 до 85 лет, оперированных в клинике за 1978- 2017 г.г., в т. ч. 16 % больных оперированы по поводу острого калькулёзного холецистита, 84 % - по поводу хронического калькулёзного холецистита. Женщин 75,2 %, мужчин – 24,8%. Для выявления причин интра- и послеоперационных осложнений, изучены истории болезни, протоколы операций, результаты УЗИ, КТ, МРТ,

рентгенологических, ФЭГДС, клинических, биохимических лабораторных исследований. Результаты исследования и их обсуждение. Интраоперационные и ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения, потребовавшие релапаротомии, наблюдались у 114 (1,7%) больных, ПХЭС – у 251 (3,8%). Повреждение холедоха – у 11 больных, из них у 5 – при коротком и широком пузырном протоке, наличии плотного воспалительного инфильтрата у шейки желчного пузыря. У них на 3-5 день после ХЭ в связи с механической желтухой или обильным жёлчеистечением по дренажной трубке, произведена релапаротомия, восстановление целостности холедоха на дренаже Кера. У 5 больных повреждение холедоха распознано на операционном столе, целостность и проходимость его восстановлена. У 1 больной повреждение холедоха возникло при ЛХЭ, что привело к жёлчному перитониту. На 5-й день после ЛХЭ произведена лапаротомия, дренирование холедоха и брюшной полости. Все 11 больных выздоровели. Жёлчный перитонит после ХЭ, ХЛТ и ХДА наблюдался у 18 больных. Им произведена экстренная микролапаротомия в правой подвздошной области, при обнаружении жёлчи – релапаротомия, ушивание ложа жёлчного пузыря, реклипирование культи пузырного протока. После устранения причины перитонита, перитонеального диализа, санации брюшной полости поддиафрагмальные, подпечёночные, подвздошные и Дугласово пространства дренировали через контрапертуры. Наружное истечение жёлчи без явлений перитонита наблюдалось у 13 больных: у 1 – вследствие полного пересечения холедоха, у 8 – из-за резидуального холедохолитиаза и у 4 – из-за сдавления холедоха дренажной трубкой, после подтягивания которой на 2-3 см жёлчеистечение прекратилось. Внутрибрюшное кровотечение – у 20 больных, из них у 10 – на операционном столе при выделении жёлчного пузыря из воспалительного инфильтрата, у 5 – вследствие соскальзывания лигатуры с культи пузырной артерии, у 3 – кровь затекала в брюшную полость из ложа жёлчного пузыря, у 1 – из раны передней брюшной стенки, у 1 – повреждение стенки воротной вены. Сдавление пальцами гепатодуоденальной связки, эвакуация крови из подпечёночного пространства, гемостаз путём ушивания дефекта стенки воротной вены. У 2 больных во время ЛХЭ из ложа желчного пузыря и при выделении шейки жёлчного пузыря из воспалительного инфильтрата возникло кровотечение, остановленное путём лапаротомии. У 2 больных после ЛХЭ возникло кровотечение из

ложа жёлчного пузыря, релапароскопия, реклипирование культи пузырной артерии. Ложе жёлчного пузыря повторно коагулировано. После ОХЭ у 1 – возникла гематома брюшной стенки, ревизия раны, гемостаз. У 9 – после ОХЭ произошла эвентрация. Релапаротомия, пластика брюшной стенки. Выздоровление. У 3 больных после ЛХЭ и ОХЭ наступила смерть от ТЭЛА. У 44 – из-за наличия спаечного процесса в брюшной полости и воспалительного инфильтрата у шейки жёлчного пузыря с переходом на гепатодуоденальную связку, начатая ЛХЭ не удалась, ХЭ завершили лапаротомно. У 1 – при ЛХЭ обнаружена опухоль тонкой кишки, ОХЭ, резекция тонкой кишки с ЭЭА конец в конец. Раннее послеоперационное внутрибрюшное кровотечение было обусловлено ДВС – синдромом (2), затеканием крови из контрапертурной раны (2), ушитой ложи жёлчного пузыря (2). У них произведена релапаротомия+гемостаз+санация+дренирование брюшной полости. У 3 – во время ОХЭ обнаружены гнойники (нагноившаяся киста поджелудочной железы-1, перивезикальный абсцесс -1, холангиогенный абсцесс печени-1), которые вскрыты и дренированы. Послеоперационные внутрибрюшные гнойники – у 8 больных: абсцесс печени (1), поддиафрагмальный абсцесс (3), подпечёночный абсцесс (3), абсцесс полости малого таза (1). Они повторно оперированы на 5-7 день, выздоровление. У 8 – при выделении деструктивно изменённого жёлчного пузыря из инфильтрата вскрылся перивезикальный абсцесс. У 7 – наблюдался острый гнойный послеоперационный холангит, импроведено консервативное лечение. Из 8 – с послеоперационным панкреатитом у 2 – релапаротомия. У 1 – на 3-й день после ОХЭ релапаротомия по поводу ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, рассечены спайки, восстановлена проходимость кишечника, выздоровление. В последние годы в клинике все больные с острыми и хроническими холециститами оперировались видеолапароскопическим способом, за исключением тех, у которых до операции выявлены механическая желтуха, холедохолитиаз, стеноз ТОХ и БДС. Они оперировались лапаротомным способом, кроме ОХЭ им выполнялись ХЛТ, ХДА и другие БДА. По поводу послеоперационных осложнений повторно оперированы 254 больных, из них умерло 7 (2,8%). Причины смерти: жёлчный перитонит, ПОН, ИМ, эндотоксический шок, септический шок, ОССН, ТЭЛА. Вывод. Для предупреждения осложнений во время и после ХЭ необходимо тщательное до- и интраоперационное обследование больных,

повышение качества лапароскопических и лапаротомных операций вмешательств на жёлчных путях, своевременное распознавание и эффективное лечение ранних и поздних послеоперационных осложнений.

472. Внутренние грыжи живота

Богомолов Н.И.

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ

Актуальность. Внутренние грыжи живота (ВГЖ) трудны для диагностики, представляют опасность для жизни при ущемлении и некрозе внутренних органов, требуют нестандартных решений при хирургическом лечении. Материалы и методы. Анализирован материал по 19 пациентам двух клиник краевого центра за 42 года, мужчин было 8, женщин – 11 в возрасте от 6 до 63 лет. Ложные диафрагмальные грыжи были у 7, истинные диафрагмальные – у 3, грыжа в кармане дуодено-еюнального перехода – у 2, грыжа илеоцекального кармана – у 2, врождённый дефект брюшины – у 1, ущемление внутренних органов в дефектах брыжеек кишки и сальника – у 4-х пациентов. Некроз ущемлённой кишки отмечен в 3 случаях, пряди сальника – в 2, стенки желудка – в 1. Ущемление внутренних органов произошло на фоне беременности во 2-м и 3-м триместрах у 2 женщин, одна из которых погибла. Для диагностики ВГЖ использовали доступные для своего времени средства визуализации: рентгенография живота и груди (у 16), УЗИ (у 11), КТ (у 6), МРТ и лапароскопия (по 1 случаю), диагностическая лапаротомия по поводу «острого живота» (у 5 пациентов). Данные лабораторных исследований отражали тяжесть изменений внутренних органов и брюшины (плевры). Полученные результаты. До операции диагноз внутренней грыжи установлен только у 8 человек, у 9 ВГЖ обнаружена во время лапаротомии и у 2 – торакотомии. При ложных диафрагмальных грыжах (у 1 справа) в 6 наблюдениях в анамнезе была травма (закрытая и проникающее ранение груди по 3 случая), у 1 - диафрагмотомия торакотомным доступом слева и у 1 имела место врождённая гипоплазия правого купола

диафрагмы. Три пациента с истинной диафрагмальной грыжей в анамнезе оперированы по поводу послеоперационного поддиафрагмального абсцесса слева. Ущемление изначально не установленных ВГЖ в стационаре клиник произошло у двух больных, что свидетельствует о сложности диагностики данной патологии. Резекцию кишки с использованием этапной хирургической коррекции и отсроченным анастомозом выполнили 2 пациентам, резекцию некротизированной стенки желудка – одному. Не удалось полностью ликвидировать дефект правого купола диафрагмы при его гипоплазии у одного человека. Больной с гигантским посттравматическим дефектом левого купола диафрагмы удалось его ушить во время лапароскопии. Беременная с недиагностированной при жизни диафрагмальной грыжей погибла от калового плеврита и перитонита дома. Обсуждение. При анализе клинического материала стало очевидным, что у трёх пациентов наличие ложной диафрагмальной грыжи можно было бы предположить при тщательном опросе и осмотре, у двух – ошибочно трактовались данные ретгенологического исследования в районных больницах. Дефекты в брыжейке ободочной кишки после резекции желудка (у 2) и в тонкой кишке (у 1) произошли вследствие прорезывания швов при ушивании окон в брыжейке. Щель в большом сальнике, где ущемилась тонкая кишка у одного человека, - врождённый дефект развития. Узкие большие карманы брюшины в начале и конце брыжеечной части тонкой кишки тоже врождённое приобретение у 4 пациентов. Врождённый дефект - карман париетальной брюшины, куда помещалась вся тонкая кишка у девочки 6 лет, оказался находкой при аппендэктомии вторично изменённого отростка. Выводы и рекомендации. Во время общего осмотра тщательно выяснять природу всех рубцов и шрамов на груди и животе. При неясной клинической картине использовать максимум средств визуализации в условиях стационара, особый подход требуют беременные с «острым животом». Лапаротомия в исполнении опытного хирурга остаётся наиболее надёжным диагностическим и лечебным пособием при подозрении на ВГЖ.

473. Опыт лечения болезни Фурнье*Богомолов Н.И.*

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ

Актуальность. Разрушая репродуктивную систему мужчины гангрена мошонки (болезнь Фурнье – БФ) представляет непосредственную угрозу жизни человека. Материалы и методы. Обобщён опыт лечения БФ по материалам двух клиник краевого центра и двух ЦРБ. Пролечено 27 человек в возрасте от 19 до 71 года. В клиниках у 7 человек (основная группа – ОГ) использовали методику сорбционного лечения гнойных ран по собственной технологии (патент РФ № 2195291). У 17 пациентов (группа клинического сравнения – ГКС) применяли традиционный метод – местное медикаментозное лечение с этапными некрэктомиями и общим противовоспалительным лечением. Полученные результаты. Время заболевания до поступления в стационар – от 20 часов до 5 суток, трёх больных доставили в состоянии тяжелого инфекционно-токсического шока, вывести из которого не удалось, они погибли. На вскрытии картина острого сепсиса, шока, полиорганной недостаточности. Летальность – 11,11%. В стационаре после санитарной обработки, интенсивной инфузионной терапии проводилась операция, сущность которой в рассечении мошонки, брюшной стенки и внутренней поверхности бедер, иссечении нежизнеспособных тканей, широком дренировании, применении антисептиков из группы окислителей. Пять человек получили противогангренозную сыворотку в дозе от 100 000 до 150 000 ЕД. Вторичная хирургическая обработка проводилась по мере необходимости от 2 до 5 раз до полного очищения ран. Все больные получали антибиотики широкого спектра действия, которые подбирались по результатам бактериологического исследования, осуществляли местное медикаментозное лечение ран, в последние 25 лет широко использовались методы эфферентной терапии (УФО, ГБО, ЛОК и др.). На 16-28 сутки осуществлялось, где это было возможно, наложение вторичных швов, применялась кожная пластика, нередко в несколько этапов. Четырех больных Санавиацией перевели в Областную и Дорожную больницы на долечивание и реабилитацию. Яички, как правило, погружались под кожу на внутренней поверхности бедер. У 7 больных применили собственный способ лечения

гнойных ран (патент РФ № 2195291), сущность которого в использовании лекарственной композиции на основе сорбента природного происхождения (цеолит + смектит), гипохлорита натрия и поливинилпирролидона. Повязка накладывается сразу после хирургической обработки очага инфекции, меняется 1 раз в сутки. Выраженное дезодорирующее, некрофибринолитическое, адсорбирующее и биостимулирующее действие композиции позволило ускорить очистку раны более чем в 2 раза, а у одного больного удалось даже сохранить большую часть тканей мошонки и предотвратить обнажение яичек, начав сорбционно-аппликационную терапию в ранние сроки заболевания. Обсуждение. Среди пациентов преобладали обитатели домов интернатов (11), шофера дальнотойщика (7), горнорабочие (бульдозеристы, водители тяжёлых машин (4), бездомные (5). Имело значение время обращения с момента заболевания, качество хирургической обработки ран, спектр терапевтических пособий. У одного больного произошёл некроз кожи полового члена и мочеиспускательного канала, сформировалась гипоспадия. При вторичной хирургической обработке необходимо щадить ткани. При местном медикаментозном лечении ран хорошо себя зарекомендовали сорбционные технологии с использованием лекарственных смесей на основе сорбентов природного происхождения, позволяющие ускорить процесс очищения ран, сохранить часть тканей мошонки, улучшить общие результаты лечения. Выводы и рекомендации. Таким образом, болезнь Фурнье является крайне тяжелым, опасным для жизни, гнойно-септическим заболеванием, протекающим стремительно, осложняющимся шоком и сепсисом. Лечение должно проводиться в ЛПУ, имеющем современные терапевтические и хирургические возможности, подготовленный персонал.

474. Абдоминопластика у пациентов после бариатрических операций*Стебунов С.С.*

Минск

УЗ "9-я городская клиническая больница"

На фоне эпидемии ожирения бариатрические операции занимают все более прочное место в арсенале большинства хирургических клиник. Однако при быстром и значительном похудении у большинства пациентов возникают не менее важные проблемы, чем лишний вес. Это проблема снижения тургора кожи и ее обвисание, особенно в области передней брюшной стенки. В первую очередь это касается случаев быстрой и массивной потери веса, а также у лиц преклонного возраста со сниженным тургором. Методы постбариатрической пластической хирургии являются логическим продолжением реабилитации пациентов после бариатрических вмешательств. Они улучшают качество жизни и социальную адаптацию пациентов. Мы имеем опыт выполнения более 250 различных бариатрических операций: регулируемые бандажирования желудка, гастропликация, рукавная резекция желудка, классическое шунтирование желудка, минигастрошунтирование с одним анастомозом, илеошунтирование. По нашей практике от 50% до 75% пациентов обращаются к пластическому хирургу в разные сроки после бариатрических операций. Всего в клинике было выполнено 126 пластических вмешательств у 85 пациентов после бариатрических операций. Из общего числа пластических вмешательств абдоминопластика в была выполнена у 42 пациентов (49% пациентов и 33% всех пластических операций). Одной из особенностей проведения абдоминопластики у лиц после бариатрических операций является необходимость удаления не столько жира, сколько излишек кожи (птоза). Второй особенностью является выбор времени пластических процедур. Если пациент не стабилизировал свой вес в течение 6 месяцев до пластической операции, последняя по всей видимости, нецелесообразна. Абдоминопластику необходимо выполнять только после полной остановки потери веса. Причиной правильного выбора времени операции – необходимость достижения метаболического и пищевого гомеостаза, а также снижение риска вмешательства. Кроме этого, абдоминопластика при идеальном весе будет иметь максимальный

эстетический эффект. Важно отметить, что у пациентов после бариатрических вмешательств часто на фоне метаболического синдрома бывает дефицит питания и измененный метаболизм, что, несомненно, увеличивает риск вмешательств и длительность восстановительного периода. Необходимо также отметить важную роль предоперационной подготовки и тщательному обследованию больных. Из 42 пациентов, перенесших абдоминопластику было 12 мужчин (29%) и 30 женщин (71%). Средний возраст составил 41 год (от 21 до 68 лет). После бариатрических операций у них прошло от 1 года до 3 лет (в среднем 1.8 года). После этих процедур была зарегистрирована средняя потеря массы 32.8 кг (максимальная – 96 кг и минимальная 7 кг). Длительность абдоминопластики от 4 часов до 1.5 часа (в среднем 2.2 часа). Количество удаляемой ткани составило от 300 г до 9 кг (в среднем 2.5 кг). В большинстве случаев операцию удалось выполнить без вертикального разреза (94%). В остальных случаях был выполнен якорный разрез. Ушивание прямых мышц живота выполнялся как рутинный этап операции. Перемещение пупка было выполнено в 63% случаев. В подавляющем большинстве случаев нам удалось получить хороший и отличный косметический результат. Среди осложнений мы наблюдали массивную гематому в области передней брюшной стенки в одном случае, потребовавшую ее ликвидации методом отсасывания через канюлю для липосакции. В 3 случаях имели значительную серому передней брюшной стенки от 150 до 500 мл, требовавших неоднократных пункций (в среднем 5-7 пункций). Еще в 3 случаях имело место вторичное заживление раны на фоне расхождения швов и инфицирования. В этих случаях мы применяли метод облучения эрбиевым лазером для очищения раны с последующим наложением вторичных швов. Общее количество послеоперационных осложнений составило 17%. Все эти осложнения являлись управляемыми. Летальности после абдоминопластики мы не наблюдали. Таким образом, несмотря на повышенное количество послеоперационных осложнений, абдоминопластика у лиц после бариатрических операций является методом дальнейшей хирургической реабилитации с целью коррекции контуров тела.

475. Аспекты истории хирургии в дополнительном профессиональном образовании военных хирургов

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

Москва

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

«История хирургии – полноправный раздел хирургии и так же, как история любой другой науки, является её неизменной частью» М.Мирский. Важно чтобы современный специалист был не только профессионалом высокого уровня, но и высокообразованным, всесторонне развитым человеком. Он должен уметь логически мыслить, анализировать, принимать решения, основываясь на знаниях и опыте личном, коллег, предшественников. Не подражать предшественникам, не вторить их заслугам, а развивать все направления медицины, основываясь на знаниях узловых вопросов истории медицины – задача современных высокоинтеллектуальных профессионалов. На кафедре хирургии (неотложных состояний и онкологии) филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова проводится дополнительное профессиональное образование. Обучение строится на незыблемых основах: повышение мотивации активного и эффективного изучения различных разделов хирургии, воспитания нравственно-этических и патриотических качеств специалиста. Преподавание отдельных разделов хирургии обязательно включает аспекты истории медицины – это уже традиция нашей кафедры. Исторические аспекты находят отражение в методических материалах: лекциях, семинарах, практических занятиях. Чтение лекций обязательно сопровождаются мультимедийными презентациями, которые включают и профильные вопросы истории медицины. Иллюстративный материал способствует лучшему восприятию лекционного материала, повышает общий уровень образованности обучаемых. Аспекты истории хирургии обсуждаются на семинарах, которые ведутся в форме активного диалога, дискуссий. Слушатели докладывают рефераты, обмениваются мнениями, что в конечном итоге активизирует и стимулирует интерес к полному раскрытию изучаемой темы. Особое внимание уделяется персоналиям выдающихся представителей медицины с обязательным освещением роли

отечественных ученых, так как их пример вызывает не только познавательный интерес, но и воспитывает нравственно-этические и патриотические качества специалиста. Выдающийся хирург и пропагандист методов сосудистой хирургии профессор Николай Александрович Богораз (1874-1952), пережив личную трагедию (ампутация обеих ног), через полгода на протезах уже за операционным столом, продолжал научную и педагогическую работу и внес значительный вклад в развитие отечественной и мировой хирургии. Это ли не пример настоящего подвига. И таких примеров много. Однако необходимо отметить, что на занятиях рассматриваются не только положительные, но и отрицательные стороны истории медицины, так как считаем, что только объективный подход позволяет создать специфическую медицинскую предметную реальность, отражающую процессы её развития. Изложение тем занятий преподавателями кафедры проводится на рациональном уровне. Известно, что лучше учиться на чужих, а не на собственных ошибках, так как зачастую ошибки обходятся очень дорого. Знание истории хирургии помогает избежать заблуждений и ошибок предшественников. Так, начиная с 1536 г. А. Паре (1510-1590), реформатор и «отец» современной хирургии, решительно выступал против «варварских» методов лечения ран раскаленными металлическими прижигателями и кипящим маслом, применявшиеся в течение многих веков, предложив метод лечения ран под различными повязками. К самостоятельному взгляду на факты без слепой веры в авторитеты призывал великий Н.И. Пирогов. В предисловии «Анналов хирургической клиники» он откровенно заявил, что считает обязательным для каждого практического врача признание своих ошибок «для предупреждения и назидания других, ещё менее опытных...». Занимаясь педагогической деятельностью, Николай Иванович считал, что обучение должно не только расширять кругозор медицинских знаний, но и воспитывать, формировать высоконравственную личность. Он был откровенен и искренен с учениками и те платили ему взаимностью. Этот постулат является направляющим педагогического процесса кафедры. Профессорско-педагогический состав кафедры к преподаванию предмета подходит творчески, способствуя проявлению живого интереса слушателей к изучаемому материалу. А созданная благоприятная атмосфера на кафедре способствует взаимопониманию, сотрудничеству преподавателя и обучаемых. Вопросы истории хирургии красной нитью проходили и проходят в педагогической

деятельности профессоров К.М. Лисицына, А.К. Ревского, В.П. Петрова, Е.А. Кохана, П.Г. Брюсова, А.Н.Курицына. Из под их пера вышли труды, в которых исторические аспекты хирургии освещались весьма широко. Так, В.П. Петров автор уникального, прекрасно иллюстрированного, трижды переизданного труда «Руки хирурга – руки художника», пользующийся необычайной популярностью у хирургов. Е.П. Кохан издал познавательную книгу «Сосудистая хирургия в госпиталях Министерства обороны (становление и развитие)». Автором ряда статей по отдельным вопросам хирургии и военно-полевой хирургии с исторической направленностью является П.Г. Брюсов (1989-1998гг. - главный хирург Министерства обороны). Особую ценность для врачей, военно-полевых хирургов, историков медицины представляет дважды изданная книга П.Г. Брюсова «Дневник главного хирурга. Военно-полевая хирургия в локальном конфликте на Северном Кавказе». Опыт преподавания различных разделов хирургии с аспектами истории медицины накопленный профессорско-преподавательским составом кафедры в течение около 50 лет позволяет заключить: беря за основу опыт и достижения великих предшественников, опираясь на современную технологическую осведомленность, осуществляется подготовка высококвалифицированных специалистов не только для сегодняшнего, но и завтрашнего дня.

476. Хирургическое лечение пациентов с грыжами пищевода отверстия диафрагмы с использованием фрагментов сетчатых эндопротезов

*Старков Ю.Г., Выборный М.И., Джантуханова С.В.,
Замолодчиков Р.Д., Лукич К.В., Хон Е.И.,
Пахомова А.Ю.*

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского»
МЗ РФ

Введение. Грыжи пищевода отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по распространенности занимают одно из ведущих мест в современной гастроэнтерологии.

Единственный радикальный способ устранить гастроэзофагеальный рефлюкс – это восстановление функциональности кардиального сфинктера, выполнение антирефлюксной операции. Лапароскопическая пластика пищевода отверстия диафрагмы и фундопликация являются операцией выбора в лечении данной патологии. В настоящее время выбор метода пластики ПОД один из наиболее дискутируемых, тк. данные многочисленных исследований показывают высокую частоту рецидивов ГПОД и ГЭРБ (до 40%).
Материалы и методы. В период с 2015 по 2017гг на базе хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» выполнено 115 лапароскопических фундопликаций, диафрагмокрурорафий в сочетании с пластикой диафрагмы по поводу ГЭРБ, различных видов грыж пищевода отверстия диафрагмы. 55 пациентам была выполнена диафрагмокрурорафия без аллопластики сетчатыми имплантатами. 50 пациентам была выполнена пластика пищевода отверстия диафрагмы сетчатым эндопротезом в сочетании с крурорафией, из них 36 пациентам выполнена пластика по оригинальной методике с использованием фрагментов сетчатых эндопротезов. Методика и техника. По мере накопления опыта на базе эндоскопического хирургического отделения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» разработана собственная оригинальная методика пластики пищевода отверстия диафрагмы. Оперативное пособие по поводу ГПОД включает в себя следующие этапы: 1. Выполнение доступа 2. Мобилизация кардиоэзофагеального перехода и ножек диафрагмы 3. Мобилизация большой кривизны желудка 4. Диафрагмокрурорафия с пластикой ПОД 5. Формирование манжеты. Ключевым моментом пластики, выполняемой на базе эндоскопического хирургического отделения, заключается в укреплении ручных швов при диафрагмокрурорафии фрагментами сетчатого эндопротеза размерами около 10x8 мм. Во время операции используются полимерные сетчатые эндопротезы из пролена и нерассасывающийся шовный материал Premicron или Ticron для диафрагмокрурорафии. Результаты. Средняя продолжительность лапароскопической фундопликации с диафрагмокрурорафией без аллопластики 142 минуты (1 группа). Средняя продолжительность лапароскопической фундопликации, диафрагмокрурорафии пластикой ПОД цельным сетчатым эндопротезом 127 минут (2 группа). Средняя продолжительность лапароскопической фундопликации, диафрагмокрурорафии и пластикой ПОД с

использованием фрагментов сетчатых эндопротезов 139 минут (3 группа). Частота рецидивов в 1 группе – 11%. Во второй группе – 7%. В третьей группе – 3%. Заключение. Таким образом использование оригинальной методики пластики пищеводного отверстия диафрагмы фрагментами сетчатых эндопротезов позволяет предотвратить прорезывание швов и чрезмерное стягивание тканей в области шва, а также позволяет укрепить травмированные, перерастянутые ткани ножек диафрагмы за счет локального спаечного процесса, что значительно уменьшает количество рецидивов ГПОД.

477. Эндоскопическое лечение несостоятельности анастомозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта с помощью вакуумно-аспирационной системы

*Старков Ю.Г.(1), Выборный М.И.(1),
Солодина Е.Н.(2), Джантуханова С.В.(1),
Замолодчиков Р.Д.(1), Хон Е.И.(1)*

Москва

- 1) ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» МЗ РФ
- 2) ФГБУ ЦКБП УДП

Введение. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека рак пищевода занимает 9-10-е место в России. На сегодняшний день наиболее эффективным методом лечения рака пищевода является хирургический. Однако, не смотря на все возможности современной хирургии, сложность и травматичность проводимых операций влечет за собой ряд возможных осложнений. Самым частым осложнением является несостоятельность эзофагоанастомозов, что может стать причиной эмпиемы плевры, медиастинита, пищеводно-трахеальных свищей и летального исхода. По данным последних исследований частота несостоятельности эзофагоанастомозов составляет до 20%. Основной задачей лечения несостоятельности анастомоза является закрытие перфорационного отверстия. До последних лет основным методом было стентирование. Однако с 2006 года стал доступен новый метод лечения

данного осложнения – эндоскопическая установка вакуумно-аспирационной системы. Материалы и методы. В период с 2015 по 2017гг на базе хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» было пролечено 8 пациентов с использованием вакуумно-аспирационной системы при несостоятельности анастомозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Все пациенты были прооперированы по поводу злокачественных новообразований пищевода или желудка - 3 пациента после проксимальной резекции желудка с формированием желудочной трубки, 2 пациент после расширенной гастрэктомии с еюногастропластикой, 1 пациент после резекции культи желудка и нижней трети пищевода с еюногастропластикой и 2 пациента после резекции пищевода и пластики желудочной трубкой по Льюису. На 6+/-2 сутки после проведенных операций у пациентов диагностирована несостоятельность анастомоза. Всем пациентам было предпринята попытка проведения консервативной терапии, однако, ввиду ее неэффективности, на 14+/-5 сутки было начато лечение с использованием вакуумно-аспирационной системы. Методика и техника. Все манипуляции проводились после тщательного обследования пациента с целью уточнения расположения, размера дефекта анастомоза, а также для определения наличия затеков в средостение или брюшную полость. Для создания вакуумно-аспирационной системы использовалась полиуретановая губка, смоделированная в форме цилиндра, диаметром, не превышающим диаметр пищевода, а длиной, покрывающей на 2 см дистальный и проксимальный концы несостоятельности. В вышеописанную губку проводился назогастральный зонд, фиксировался 2-3 швами. С помощью биопсийной цапки губку захватывали за одну из лигатур и параллельно эндоскопу проводили к зоне несостоятельности. Назогастральный зонд выводили через нос и подключали к активной аспирации с разрежением 100 мм рт.ст. Всем пациентам перед манипуляцией устанавливались назоинтестинальные зонды для энтерального питания. Результаты. Средняя продолжительность первичной манипуляции составляла 78 мин. Замена вакуумно-аспирационной системы проводилась каждые 3-5 дней и длилась в среднем около 50 минут. У 6 пациентов система была удалена после 2 сеансов (в среднем на 9 сутки) с полным закрытием дефекта. У 2 пациента после 5 сеансов (в среднем на 20 сутки) в области несостоятельности ограниченная полость, заполненная грануляциями, вакуумно-

аспирационная система была удалена. Заключение. Эндоскопическая вакуумно-аспирационная терапия новый, малоинвазивный способ лечения несостоятельности анастомозов верхних отделов ЖКТ, который при наличии должного опыта и навыка позволяет в короткие сроки восстановить целостность анастомозов и предотвратить возможные осложнения.

478. Способ эндоскопического лечения холедохолитиаза и профилактики постманипуляционных осложнений

Сайфутдинов И.М., Славин Л.Е., Зимагулов Р.Т., Галимзянов А.Ф., Давлиев М.К., Сангаджиев С.Б.,

Казань

ГАУЗ Межрегиональный Клинико-Диагностический Центр МЗ РТ

Актуальность: Современные технологии подразумевают применение малоинвазивных вмешательств в лечении холедохолитиаза, однако, несмотря на совершенствование эндоскопической техники, общее количество ранних осложнений сохраняется на стабильно высоком уровне и составляет 0,8- 20% с летальностью 1,5-2%. На поздних сроках после проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии развиваются несостоятельность холедоходуоденального соустья и стеноз большого дуоденального сосочка. Цель. Разработать, внедрить в клиническую практику и оценить эффективность нового способа эндоскопического лечения холедохолитиаза и профилактики постманипуляционных осложнений. Методы. В период с 2007 по 2017 год после выполнения 1429 эндопапиллярных вмешательств у 695 больных наблюдали: 40 постманипуляционных осложнений, что составило 2.8% и 2 летальных случая, что составило 0.13%. В период с 2016 год по 2017 год по разработанному нами «Способу эндоскопического лечения холедохолитиаза и профилактики постманипуляционных осложнений» (положительное решение о выдаче патента 09.01.2018 по заявке №2016145564) 37 больным холедохолитиазом (10 мужчин и 27 женщин) со средним возрастом 65 лет было выполнено 93 операции. У 8 больных (22%) имелась клиника

механической желтухи. Одиночные конкременты наблюдались в 63% случаев, множественные - в 37% случаев. В 62 % случаев (23 пациента) размер конкремента составлял от 5 до 7 мм, в 38 % случаев — от 8 мм и более. Максимальный размер конкремента составил 30 мм. Патология, обуславливающая технические трудности проведения вмешательства наблюдалась у 11 больных (29% случаев): стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) в 8% случаев (3 больных); интрадивертикулярное расположение БДС в 16% случаев (6 больных); после операций на желудке (гастрэктомии и резекции желудка по Бильрот 2) в 5% случаев (2 больных). Оценка поздних осложнений проводилась на сроках от 3 до 6 месяцев у 7 больных методом динамической гепатобилисцинтиграфии на гамма - камере Millenium MPR. Результаты: Способ эндоскопического лечения холедохолитиаза и профилактики ранних и поздних постманипуляционных осложнений состоит из предоперационной диагностики и двух оперативных этапов. Предоперационная диагностика холедохолитиаза с использованием эндосонографии, позволяет определить количество и размеры конкрементов в желчных протоках, особенность анатомии панкреатобилиарного соустья и характер изменений в терминальном отделе большого дуоденального сосочка. В зависимости от размеров наибольшего конкремента подбирался соответствующего диаметра билиарный стент. При наличии конкремента размером до 7-8 мм ставились показания для установки стента диаметром 2.3 мм. При наличии конкремента размером Во время первого оперативного этапа выполнялись парциальная папиллотомия, временное стентирование ГПП, временное стентирование общего желчного протока и папиллотомия над билиарным стентом с рассечением слизистой оболочки и подслизистого слоя. При клинике механической желтухе выполняли назобилиарное дренирование. Второй оперативный этап выполнялся через 3-5 суток после первого этапа ЭПВ и включал удаление билиарного стента, литотрипсию, литоэкстракцию, рестентирование желчного протока и удаление панкреатического стента. Удаление билиарного стента проводили через 3-4 недели после выписки больного. Средняя продолжительность госпитализации составила 8 ± 2.4 дня. Извлечение конкрементов во всех случаях достигнуто эндоскопическим способом. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Транзиторная амилаземия наблюдалась у 12 больных (32%). Наблюдаемое, во всех случаях,

бессимптомное повышение амилазы (максимальный показатель 814 ед/л) мы отнесли к интра- и послеоперационным состояниям, не требующим дополнительных лечебных мероприятий. Средняя продолжительность госпитализации составила 8 ± 2.4 дня. По данным гепатобилиосцинтиграфии признаки недостаточности сфинктера Одди отсутствовали у 6 из 7 больных (86% случаев). У одного больного отмечен слабовыраженный вариант недостаточности сфинктера Одди. Вывод: Разработанный «Способ эндоскопического лечения холедохолитиаза и профилактики постманипуляционных осложнений» является высокоэффективным, экономичным и безопасным методом лечения холедохолитиаза, позволяющим максимально сохранить барьерную функцию сфинктера Одди. .

479. Результаты эндоскопического лечения холедохолитиаза традиционным и разработанным этапным сфинктеросохраняющим способами

Сайфутдинов И.М., Валиуллина Н.М., Яхин Р.Р., Замалеев А.З., Подшивалов А.Г., Байтимилов А.М.

Казань

ГАУЗ Межрегиональный Клинико-Диагностический Центр МЗ РТ

Актуальность: Эндопептилярные вмешательства являются «золотым» стандартом лечения холедохолитиаза, однако, несмотря на малоинвазивность вмешательств отмечается высокое количество осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, требующее дальнейшего развития программы безопасности эндопептилярных вмешательств и сравнительного анализа с традиционным эндоскопическим способом лечения. Цель: Провести сравнительный анализ результатов лечения холедохолитиаза традиционным и разработанным двухэтапным, сфинктеросохраняющим способами. Методы. В период с 2016 по 2017 год 69 больным холедохолитиазом (17 мужчин и 52 женщин) со средним возрастом 65 лет было выполнено 175 эндопептилярных операций. Сравнительный

анализ результатов эндоскопического лечения холедохолитиаза проведен в двух группах больных, которым операции были выполнены: - Традиционным способом с преимущественным проведением субтотальной папиллосфинктеротомии, литотрипсии и литоэкстракции в один этап - Разработанным нами «Способом эндоскопического лечения холедохолитиаза и профилактики постманипуляционных осложнений» положительное решение о выдаче патента 09.01.2018 по заявке №2016145564). В первой группе 32 больным было выполнено 82 эндопептилярных операций. Одиночные конкременты наблюдались в 29% случаев, множественные - в 71% случаев. Патология, обуславливающая технические трудности проведения вмешательства наблюдалась у 6 больных: стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) у 2 больных; интрадивертикулярное расположение БДС у 4 больных. Во второй группе проведено лечение 37 больным со средним возрастом 65 лет было выполнено 93 эндопептилярных операций. Одиночные конкременты наблюдались в 63% случаев, множественные - в 37% случаев. Патология, обуславливающая технические трудности проведения вмешательства наблюдалась у 11 больных: стеноз БДС у 3 больных, интрадивертикулярное расположение БДС у 6 больных, после гастрэктомии и резекции желудка по Бильрот 2 у 2 больных. Оценка поздних осложнений методом проводилась на сроках от 3 до 6 месяцев у 9 больных в первой группе и 7 больных во второй группе методом динамической гепатобилиосцинтиграфии на гамма - камере Millenium MPR. . Результаты: По частоте выявления конкрементов размерами до 5-7 мм и более 8 мм различий между исследуемыми группами не выявлено. Множественные конкременты в желчном протоке встречались в два раза чаще в группе больных с традиционным способом лечения, в то же время в группе больных с разработанным способом лечения холедохолитиаза операции проводились в более сложных технических условиях. Клиника механической желтухи наблюдалась одинаково часто в обеих группах (в 31% и 22% соответственно). Ранние постманипуляционные осложнения наблюдались исключительно в группе больных с традиционным способом лечения и составили 3.6% от количества операций, выполненных в данной группе. В группе больных с разработанным способом лечения холедохолитиаза бессимптомное повышение амилазы в течение двух –трех дней после операции

диагностировалось у каждого третьего больного, в группе больных с традиционным способом лечения у каждого пятого. В то же время, интраоперационное кровотечение второй степени интенсивности наблюдалось исключительно в первой группе. Отсутствовали различия между группами по показателю среднего количества операций на 1 больного (2.5). Большая средняя продолжительность госпитализации наблюдалась в первой группе. Первый опыт выявил существенные различия между двумя представленными способами лечения холедохолитиаза в возможности сохранения барьерной функции сфинктера Одди. Вывод: Сравнительный анализ результатов лечения холедохолитиаза между традиционным и разработанным «Способом эндоскопического лечения холедохолитиаза и профилактики постманипуляционных осложнений» продемонстрировал преимущество второго способа эндоскопического лечения холедохолитиаза в обеспечении безопасности эндопапиллярных вмешательств во время операции, в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

480. Использование минимально инвазивных технологий в хирургическом лечении рака легкого

*Шнейдер В.Э. (1), Бродер И.А. (2),
Сехниадзе Д.Д. (2), Сатывалдаев М.Н. (2),
Фадеева А.И. (1)*

Тюмень

1) ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ ТО ОКБ №1

По данным Всероссийского онкологического портала, самыми частыми причинами смерти от злокачественных новообразований являются опухоли легких (17,4%). Результаты хирургического лечения рака легкого остаются неудовлетворительными. Широкое внедрение минимально инвазивных технологий в торакальную хирургию коснулось и оперативных вмешательств при раке. Доказано преимущество торакоскопии, минидоступа и однопортовой техники выполнения торакальных вмешательств над открытыми методами при доброкачественной патологии легких и средостения, так как они малотравматичны,

приводят к ранней реабилитации пациентов и сопровождаются меньшим количеством осложнений. Но использование этих доступов для радикального лечения злокачественных опухолей легких, особенно для сложных реконструктивных вмешательств, вызывает много вопросов и требует исследования. Целью данной работы стало проведение сравнительного анализа непосредственных результатов хирургического лечения рака легкого при открытых оперативных вмешательствах и с использованием минимально инвазивных технологий. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения рака легкого у 238 пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ ТО ОКБ №1 с января 2015 по июль 2017 года. Всем пациентам была выполнена лобэктомия и лимфодиссекция. В первую группу вошли 156 человек, которым была выполнена торакотомия, во вторую группу были включены 82 пациента, которым оперативное вмешательство выполнено с использованием малоинвазивных доступов (торакоскопия и однопортовый доступ). Результаты. Средний возраст пациентов составил в первой и второй группах 61,7±6,7 и 61,5±7,4 лет соответственно (p=0,6), диапазон 32-82 лет. В обеих группах преобладали лица мужского пола: в первой группе – 76,4%, во второй – 72,4% (p=0,8). По распространенности процесса статистически значимых отличий в группах не было. С 3 стадией было 23% больных в первой группе и 36,5% - во второй (p=0,4). По морфологической структуре опухоли аденокарцинома и плоскоклеточный рак легкого в группах были представлены равномерно (p=0,7). Тяжесть сопутствующей патологии по индексу коморбидности (Charlson M.E., 1987) не имела существенных отличий в группах. Пациентов с тяжелой сопутствующей патологией (индекс более 7) было 3,7% и 5,1% соответственно (p=0,8). По исходным данным группы были репрезентативны. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в обеих группах была практически одинаковой 152,8±58,4 и 151,9±72,0 минут (p=0,9). Статистически значимые отличия были по интраоперационной кровопотере и продолжительности ИВЛ после операции. В первой группе кровопотеря в среднем составила 157,4±59,8 мл, во второй – 229,5±110,1 мл (p= 0,001). ИВЛ после минимально инвазивных доступов в среднем продолжалась 125,3±56,3, а после торакотомии 163,1±115,0 минуты (p=0,04). Послеоперационные осложнения в первой группе выявлены у 25,6% пациентов, во второй группе у 32,1%. Причем во второй группе у двух пациентов выявлено кровотечение, которое потребовало

реторакотомии. Средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов первой группы составила $15,3 \pm 1,1$ дней, второй группы - $16,2 \pm 0,6$ дней ($p=0,03$). Послеоперационная летальность в группах не превысила 0,01%. Таким образом, применение минимально инвазивных технологий для хирургического лечения рака легкого позволяет выполнить необходимый объем операции с меньшей кровопотерей, более быстрым восстановлением дыхательной функции в раннем послеоперационном периоде, не увеличивая среднюю продолжительность вмешательства и не ухудшая непосредственные результаты.

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

Совцов С.А.(1) Браилко А.А.(2)

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России ГБУЗ ОКБ №3
Челябинска

Актуальность. Одним из наиболее активно развивающихся направлений лечения тяжелых форм гнойного перитонита является использование терапии отрицательным давлением. Ее применение оказывает положительный эффект в гнойных ранах и полостях: ускоряется формирование грануляционной ткани, улучшается региональное кровоснабжение, понижаются бактериальные индексы. Материал и методы. С учетом высокой стоимости фирменных аппаратов для терапии отрицательным давлением (600-800 евро) в своей клинической практик использовали самостоятельно сделанные вакуумные повязки. После завершения основных этапов операции полиэтиленовую защитную мембрану (пленку) перфорировали в нескольких местах скальпелем. Затем ее помещали над внутренними органами брюшной полости и заправляли под брюшину передней брюшной стенки. После этого, пенополиуретановую стерильную хирургическую губку укладывают на полиэтиленовый лист так, чтобы вся поверхность раны брюшной полости полностью была закрыта. Края губки располагали ниже краев кожи. Два силиконовых дренажа помещали на передней части

пенополиуретановую губки. Концы дренажных устройств выводили наружу путем туннелизации под кожей, чтобы они располагались на расстоянии 3 - 5 см от нижнего полюса раны. Активное и изменяемое при необходимости, отрицательное давление, создаваемое вакуумной системой, сохраняет постоянное дозированное натяжение фасциальных краев раны и одновременно происходит сбор и удаление инфицированного экссудата, позволяющее купировать висцеральный отек. Повязки VAC – системы меняли каждые 1-2-3 дня, а терапию продолжали до тех пор, пока состояние больного не стабилизировалось, и могло быть выполнено окончательное закрытие раны брюшной полости. Полученные результаты Изучаемую группу составили 12 пациентов с тяжелыми формами гнойного перитонита, у которых использовали технологию лечения методом «открытый живот» с применением выше описанных вакуумных повязок. Конечными точками непосредственных результатов лечения были изучение летальности, длительности нахождения в отделении реанимации, динамики внутрибрюшного давления, измеренной косвенным методом и оцененной через сутки после наложения вакуум-ассистированной повязки. В первые дни лечения назначали эмпирическую антибактериальную терапию Уровень летальности в группе пациентов, которым применялась такая методика составил 59,1%, длительность госпитализации в отделении реанимации была 7,3 дней, уровень внутрибрюшного давления в первые сутки после операции по установке системы отрицательного давления снизился у всех пациентов. Обсуждение. Применение методики терапии отрицательным давлением в практике лечения пациентов с лапаростомами показал положительную динамику снижения летальности. Ее использование позволяет снизить внутрибрюшное давление у данной категории больных, уменьшить продолжительность пребывания в дорогостоящем отделении реанимации. Самостоятельно сделанные вакуумные повязки имеют значительно более низкую стоимость, по сравнению с фабричными аппаратами, что является важным преимуществом, особенно в малообеспеченных территориях. Материалы, необходимые для вакуумной повязки, легко доступны для создания их из стандартного запаса расходных материалов, имеющихся в большинстве операционных помещений. Стоимость создания каждой вакуумной повязки составляет порядка 48-50 евро.

482. Опыт использования эндоскопических технологий при 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

Широкое использование эндоскопических технологий в торакальной и абдоминальной хирургии в последнее время позволило успешно применять их и при экстирпации пищевода. Радикальное хирургическое лечение рака пищевода всегда было сопряжено с высоким риском послеоперационных осложнений и летальности. Накопление опыта по эндоскопической лимфодиссекции и формированию анастомоза позволили внедрить данные методики для операций у пациентов со злокачественными новообразованиями. Однако, остается еще много вопросов о целесообразности и онкологической адекватности минимально инвазивных технологий. Цель исследования: проведение сравнительного анализа первых результатов экстирпации пищевода с использованием миниинвазивных доступов при раке. Материал и методы исследования. Исследование выполнено с января 2016 по декабрь 2017 года на базе торакального центра ГБУЗ ТО ОКБ № 1 города Тюмень. Критерии включения: пациенты с раком пищевода (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. В работе выполнен анализ 41 клинического случая. Пациенты были разделены на три группы. В первой группе использованы открытые доступы (14 человек), во второй – вмешательство выполнено по гибридной технологии (один из доступов эндоскопический, другой открытый) у 14 пациентов, а в третьей группе у 13 больных использованы только эндоскопические доступы (лапароскопия и однопортовый доступ на грудной клетке). Результаты. Средний возраст пациентов составил 59,6±6,1 (диапазон 41-77) лет. Преобладали пациенты мужского пола (82,9%). По

морфологической структуре плоскоклеточный рак обнаружен у 61,0% прооперированных, аденокарцинома – в 39,0% случаев. Размер первичной опухоли у большинства пациентов соответствовал 1-2 степени (78,0%). По исходным данным группы были репрезентативны. При открытых операциях средняя продолжительность вмешательства была меньше (240,4±15,8), чем при малоинвазивных вмешательствах - 287,1±13,8 и 276,1±12,4 минут, но эта разница не была статистически значимой (p=0,23), кроме того отмечена тенденция уменьшения продолжительности эндоскопических вмешательств с накоплением опыта. При сравнении непосредственных результатов операции выявлено существенное уменьшение объема интраоперационной кровопотери во второй и третьей группе (225,0±23,3 мл и 166,9±125,9 мл) по сравнению с традиционными доступами 278,6±33,0 мл (p=0,041). Наибольшее количество послеоперационных осложнений (71,4%) диагностировано в первой группе, при эндоскопической экстирпации пищевода осложнения возникли у 7 пациентов (53,8%), при гибридных доступах осложнения выявлены только у трети прооперированных (35,7%) (p=0,19). Среди осложнений одинаково часто возникла несостоятельность анастомоза по 1 случаю в каждой группе, в 2 случаях пришлось выполнять оперативное лечение, в 1 случае несостоятельность анастомоза на шее купировалась на фоне консервативного лечения. Продолжительность ИВЛ после операции и время введения наркотических обезболивающих статистически значимо было меньше во второй и третьей группах. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила при традиционных доступах 21,8±2,7 дней, а во второй и третьей группах 15,0±1,5 и 18,2±2,1 дня соответственно (p=0,11). После операции умерло 5 пациентов (12,2%). Существенного отличия по этому показателю в группах не было. В 2 случаях смерть была связана с несостоятельностью анастомоза, осложненного медиастинитом, а в остальных – обусловлено системными осложнениями (ТЭЛА, РДС). Таким образом, опыт использования эндоскопических технологий для хирургического лечения рака пищевода, доказывает лучшую переносимость и меньшую травматичность, такого тяжелого вмешательства и более раннюю реабилитацию больных.

483.К вопросу лечения беременных с острым аппендицитом*Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Бабенко Е.С.*

Краснодар

ГБОУ ВО КубГМУ

На сегодняшний день острый аппендицит представляет собой самую часто встречающуюся острую хирургическую патологию органов брюшной полости у беременных. Частота его по данным различных авторов составляет 0,5-4,0%. Стертая, атипичная клиника заболевания, протекающего на фоне беременности, существенно затрудняет диагностику, увеличивает число запущенных, осложненных форм и непрофильных госпитализаций, ухудшает результаты лечения. Долгое время эндовидеохирургические вмешательства считались абсолютно противопоказанными при беременности, но в последние годы количество их неуклонно растет, в том и числе и при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Видеолапароскопическая аппендэктомия у беременных выполняется на сегодняшний день в 15-16% случаев и занимает второе место после ЛХЭ, при этом рядом мультицентровых исследований доказано отсутствие достоверных различий в продолжительности беременности, количестве врожденных пороков развития, неонатальной летальности после видеолапароскопии и лапаротомии. Под нашим наблюдением находилось 55 беременных женщин с острым аппендицитом и его осложнениями, проходивших лечение в хирургических отделениях ГБУЗ ККБ № 2 и МБУЗ КГК БСМП (г. Краснодар) за последние 5 лет. Для диагностики острого аппендицита применяли объективные данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ, МРТ). Видеолапароскопическая аппендэктомия выполнена у 39 больных (71%), у 14 – открытая операция из доступа Волковича-Дьяконова (25%), у 1 больной консервативно пролечен аппендикулярный инфильтрат с положительной динамикой и еще у одной больной произведено наружное дренирование периаппендикулярного абсцесса под УЗ-контролем. Более половины видеолапароскопических вмешательств произведено у больных в первом триместре беременности, послеоперационных осложнений не наблюдалось. После традиционных вмешательств из доступа Волковича-Дьяконова в одном случае

имело место нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов не было. Все пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью. Таким образом, видеолапароскопическая аппендэктомия может применяться и у беременных, в особенности в первом и втором триместрах. Ее преимуществами является отсутствие комплекса раневых осложнений, возможность ранней активизации больных, более короткий койко-день. Какого либо отрицательного влияния карбоксиперитонеума на эмбрион и плод мы не выявили.

484.Результаты профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с патологией толстого кишечника, оперированных лапароскопически*Кательницкий И.И. (1), Сокиренко И.А. (1), Буриков М.А. (2), Кательницкая О.В. (3), Бликян К.М. (1)*

Ростов-на-Дону

Кательницкий И.И. (1), Сокиренко И.А. (1), Буриков М.А. (2), Кательницкая О.В. (3), Бликян К.М. (1)
1)Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования, «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава Ро

Цель: оценить результаты профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с патологией толстого кишечника, оперированных лапароскопически, путем применения стандартной дозировки низкомолекулярного гепарина (НМГ) 0,4 мл в сочетании с перемежающейся пневмокомпрессией нижних конечностей. Материалы и методы: в хирургическом отделении РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России проведен анализ 50 пациентов, проходивших лечение с 2014 по 2017 гг. с патологией толстого кишечника. Из 59 пациентов у 18 человек был поставлен диагноз полипоз толстого кишечника, у 7-неспецифический язвенный колит (хроническая форма), у 9-дивертикулез толстого кишечника с дивертикулитом и прободением, у 16-доброкачественные новообразования толстого кишечника. Средний возраст пациентов составил

59,7 лет. Всем пациентам проводили профилактику ТЭО путем применения НМГ в стандартной дозе 0,4 мл подкожно + перемежающая пневмокомпрессия нижних конечностей. Количество тромбоэмболических осложнений (тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмболия легочной артерии) оценивалась по данным УЗДС сосудов нижних конечностей, которое выполнялось исключительно всем пациентам), рентгенограмме легких, компьютерной томографии, ангиопульмонографии легких (по показаниям). Результаты: Тромбоэмболические осложнения у 18 пациентов с диагнозом - полипоз толстого кишечника-отсутствовали, у 7 пациентов с неспецифическим язвенным колитом так же отсутствовали, но, интраоперационно, у двух пациентов наблюдалось значительное кровотечение (800 мл) и околотроакарные экхимозы, что свидетельствовало о повышенной дозировки НМГ, у 9 пациентов с дивертикулезом толстого кишечника тромбоэмболические осложнения отсутствовали. У 16 пациентов с доброкачественными новообразованиями толстого кишечника, частота ТЭО составила 6,25% (1 пациент) и приходилась на тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Обсуждения: вопрос профилактики ВТЭО у пациентов всех профилей очень актуален. Рассматривая больных, оперированных лапароскопически, риски развития ВТЭО возрастают. Если лапароскопически оперирован пациент с онкологической патологией, риск возрастает в несколько раз. По данным, созвучными с материалами мета-анализа, выполненного A.S Gallus, частота тромбоэмболических осложнений после лапароскопических хирургических вмешательств на брюшной полости и органах малого таза составляет 5,3 %, в свою очередь, при лапароскопических операциях у больных с онкопатологией частота ТЭО достигает 20% Основным залогом проведения успешной терапии является разработка и стандартизация комплексной терапии тромботических осложнений, включающей медикаментозные и неспецифические методы профилактики. На сегодняшний день, стандартом проведения медикаментозной коррекции системы гемостаза и профилактики тромботических осложнений, является применение низкомолекулярных гепаринов в адекватных дозах, с учетом риска развития тромботических осложнений и индивидуального подбора дозы, способным свести к минимуму частоту развития зачастую фатальных осложнений. Вывод: Полученные в ходе выполненной работы данные, позволяют сделать вывод о недостаточно эффективной профилактики тромбоэмболических

осложнений, так как факторы риска у данных пациентов разные, и дозировка НМГ должна корректироваться в зависимости от индивидуальных особенностей больного. Решением данной проблемы, мы видим, в применении алгоритма, на основании которого индивидуально будет определена дозировка НМГ для профилактики ТЭО. В алгоритме профилактики ВТЭО учитываются абсолютно все факторы, которые могут привести как к тромбообразованию, так и к кровотечению у пациента. Цель: оценить результаты профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с патологией толстого кишечника, оперированных лапароскопически, путем применения стандартной дозировки низкомолекулярного гепарина (НМГ) 0,4 мл в сочетании с перемежающейся пневмокомпрессией нижних конечностей. Материалы и методы: в хирургическом отделении РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России проведен анализ 50 пациентов, проходивших лечение с 2014 по 2017 гг. с патологией толстого кишечника. Из 59 пациентов у 18 человек был поставлен диагноз- полипоз толстого кишечника, у 7-неспецифический язвенный колит (хроническая форма), у 9-дивертикулез толстого кишечника с дивертикулитом и прободением, у 16-доброкачественные новообразования толстого кишечника. Средний возраст пациентов составил 59,7 лет. Всем пациентам проводили профилактику ТЭО путем применения НМГ в стандартной дозе 0,4 мл подкожно + перемежающая пневмокомпрессия нижних конечностей. Количество тромбоэмболических осложнений (тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмболия легочной артерии) оценивалась по данным УЗДС сосудов нижних конечностей, которое выполнялось исключительно всем пациентам), рентгенограмме легких, компьютерной томографии, ангиопульмонографии легких (по показаниям). Результаты: Тромбоэмболические осложнения у 18 пациентов с диагнозом - полипоз толстого кишечника-отсутствовали, у 7 пациентов с неспецифическим язвенным колитом так же отсутствовали, но, интраоперационно, у двух пациентов наблюдалось значительное кровотечение (800 мл) и околотроакарные экхимозы, что свидетельствовало о повышенной дозировки НМГ, у 9 пациентов с дивертикулезом толстого кишечника тромбоэмболические осложнения отсутствовали. У 16 пациентов с доброкачественными новообразованиями толстого кишечника, частота ТЭО составила 6,25% (1 пациент) и приходилась на тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Обсуждения: вопрос профилактики

ВТЭО у пациентов всех профилей очень актуален. Рассматривая больных, оперированных лапароскопически, риски развития ВТЭО возрастают. Если лапароскопически оперирован пациент с онкологической патологией, риск возрастает в несколько раз. По данным, созвучными с материалами мета-анализа, выполненного A.S Gallus, частота тромбоэмболических осложнений после лапароскопических хирургических вмешательств на брюшной полости и органах малого таза составляет 5,3 %, в свою очередь, при лапароскопических операциях у больных с онкопатологией частота ТЭО достигает 20%. Основным залогом проведения успешной терапии является разработка и стандартизация комплексной терапии тромботических осложнений, включающей медикаментозные и неспецифические методы профилактики. На сегодняшний день, стандартом проведения медикаментозной коррекции системы гемостаза и профилактики тромботических осложнений, является применение низкомолекулярных гепаринов в адекватных дозах, с учетом риска развития тромботических осложнений и индивидуального подбора дозы, способным свести к минимуму частоту развития зачастую фатальных осложнений. Вывод: Полученные в ходе выполненной работы данные, позволяют сделать вывод о недостаточно эффективной профилактики тромбоэмболических осложнений, так как факторы риска у данных пациентов разные, и дозировка НМГ должна корректироваться в зависимости от индивидуальных особенностей больного. Решением данной проблемы, мы видим, в применении алгоритма, на основании которого индивидуально будет определена дозировка НМГ для профилактики ТЭО. В алгоритме профилактики ВТЭО учитываются абсолютно все факторы, которые могут привести как к тромбообразованию, так и к кровотечению у пациента.

485.Изменения венозного русла после ликвидации патологического рефлюкса по большой подкожной вене в пределах бедра: трехлетние результаты

Бурлева Е.П.(1), Тюрин С.А. (2), Смирнов О.А. (3), Фасхиев Р.Р. (2)

Екатеринбург

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» (1) МАУ «Городская клиническая больница № 40» (2), МЦ «Олмед» (3).

Цель - клиническая и ультразвуковая характеристика пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) после ликвидации патологического рефлюкса по большой подкожной вене (БПВ) в пределах бедра в течение 3 лет послеоперационного наблюдения. Материалы и методы: 185 пациентов (185 случаев) с ВБНК в системе БПВ класса C2,3 X3B (CEAP), получивших хирургическое лечение в период с 2009 – 2016 гг. Мужчин было 73 (39,4%), средний возраст - 53,9 лет. Женщин - 112 (60,5%), средний возраст - 55,3 лет. Всем пациентам проведен клинический осмотр с оценкой жалоб по шкале VCSS и выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС). При УЗДС учитывали протяженность патологического рефлюкса, диаметр ствола БПВ (D) на уровне сафено-фemorального соустья (СФС), диаметр ствола (D) в средней трети голени, количество и диаметр перфорантных вен (ПВ). У всех пациентов имелось магистральное расположение БПВ на бедре без наличия варикозных притоков в пределах бедра, патологии глубоких вен и малой подкожной вены не выявлено. Выделено три группы пациентов. 1 гр. (n=63) – короткий стриппинг ствола БПВ + обработка перфорантных венах (ПВ) (66,7%). 2 гр. (n=61) – эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) ствола БПВ + ЭВЛК ПВ (73,7%). 3 гр. (n=61) - радиочастотная облитерация (РЧО) ствола БПВ + ЭВЛК ПВ (70,4%). После операции выделены схожие группы с оценкой в 3 - летнем периоде по годам данных шкалы VCSS и параметров УЗДС. Статистическая обработка - программы Excel для Windows XP, MedCalc® (version 11.4.2.0., Mariakerke, Belgium). Результаты: Патологический рефлюкс по стволу БПВ на голени: 1 группа через 1 год - 33,3%; через 2 года – 36,3%; через 3 года – 39,1%. 2 группа соответственно - 15%; 14,2%; 25% . 3 группа – 11%; 18,1%; 23,8%. В 1 гр. через год зарегистрировано появление вертикальных рефлюксов на бедре по

притокам БПВ в 22,1% случаев, наличие новых горизонтальных рефлюксов по ПВ в 44,4% случаев. Во 2 и 3 группах при отсутствии новых вертикальных рефлюксов на бедре регистрировали появление несостоятельных ПВ через 1 год – в 11-15% случаев, через 3 года – в 40% случаев. Половина несостоятельных ПВ в этих группах имела прямое сообщение со стволом БПВ на голени. Диаметр ствола БПВ на голени статистически значимо увеличивался по годам во всех группах. 1гр. – от $3,2 \pm 1,4$ мм до $4,0 \pm 0,6$ мм ($p = 0,02$); 2 гр. – от $2,9 \pm 1,24$ мм до $4,1 \pm 0,5$ мм ($p = 0,01$), 3 гр. – $2,7 \pm 0,8$ мм до $4,2 \pm 0,4$ мм ($p = 0,03$). Средний диаметр ПВ возрастал в аналогичные сроки наблюдения. Изменения венозной гемодинамики, выявленные при УЗДС, сопровождались варикозным синдромом, но не оказывали существенного влияния на субъективную симптоматику пациентов в течение 3 лет наблюдения. Заключение. Полученные данные указывают на прогрессирование ВБНК у части оперированных пациентов, что требует динамического наблюдения и проведения системной фармакотерапии.

486. Сравнительный анализ методов микроволновой (МВА) и радиочастотной абляции (РЧА) в комбинированном лечении первичных опухолей печени

Праздников Э.Н. (1,2), Трандофилов М.М. (1), Шевченко В.П. (1,2), Светашов В.С. (1,2), Сизова А.Н. (1), Зинатулин Д.Р. (1,2),

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации. 2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных» ДЗМ.

В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости первичного рака печени, распространенность на территории Российской Федерации составляет 5,4 на 100 тысяч населения, летальность больных с момента установления диагноза в 2016 году составила 67,3%. На момент установки диагноза возможность выполнения резекции печени и трансплантации составляет не более 20%. В настоящее время для улучшения

эффективности лечения существуют на рынке два альтернативных метода термоабляции радиочастотная абляция (РЧА) и микроволновая абляция (МВА). Материалы и методы Больные с первичным раком печени были разделены на две клинические группы. В 1 группу вошли 18 больных, которым выполнялась РЧА, во вторую группу вошли 20 больных, которым проводилось лечение с использованием методики МВА. В первую клиническую группу вошли больные в возрасте от 52 до 83 лет средний возраст составил $64,2 \pm 4,7$ года. Мужчин 11 (61%) человек, женщин 7 (39%) человек. Размер опухоли составил от 15 до 48 мм, средний 28 ± 7 мм, опухоль располагалась в правой доле печени у 12 (67%) больных, левой – 5 (27%), билобарное поражение – 1 (6%) больного. Причинами выбора миниинвазивного вмешательства в данной группе послужили: билобарное поражение – 1 больной, сопутствующая соматическая патология – 13 больных, отказ от резекционных вмешательств – 4 больных. Во вторую клиническую группу вошли больные в возрасте от 44 до 80 лет, средний возраст составил $66,4 \pm 6,8$ года. Мужчин 12 (60%) человек, женщин 8 (40%) человек. Размер опухоли составил от 15 до 49 мм, средний $36,4 \pm 8,2$ мм, опухоль располагалась в правой доле печени у 16 (80%) больных, левой – 4 (20%). Причинами выбора миниинвазивного вмешательства в данной группе послужили: сопутствующая соматическая патология – 14 больных, отказ от резекционных вмешательств – 6 больных. 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 – 2 больных. Острая печеночная недостаточность развилась в 1 случае. Остаточная полость сформировалась в 2 случаях. Внутрпеченочная гематома наблюдалась в 1 случае. Летальный исход в наблюдении. Средний койко-день составил 7 дней. Выживаемость больных составила: однолетняя – 79,2 %, двухлетняя – 78,4 %, трехлетняя – 67, %. Во 2-ой клинической группе (МВА) послеоперационной летальности не было. У больных развились следующие осложнения: умеренное кровотечение из места входа игольчатой антенны, которое остановилось самостоятельно – 1 больной. Остаточная полость сформировалась в 1 случае, не потребовавшая дополнительных оперативных вмешательств. Внутрпеченочная гематома не наблюдалась. Ожог кожи в 2 наблюдениях. Средний койко-день составил 5 дней. Местных рецидивов после абляции не наблюдалось ни в одном случае. Выживаемость

больных составила: однолетняя – 80,5 %, двухлетняя – 79,1 %, трехлетняя – 57,9%. Заключение: Применение МВА является менее травматичным методом по сравнению с РЧА в группах больных с первичным раком печени и сопутствующим циррозом. Чрескожное применение МВА уменьшает риск осложнений оперативного вмешательства у соматически ослабленных больных за счет минимальности и малой травматичности.

487. Эндоскопическое лигирование и TIPS- «мост» к трансплантации печени у пациентов с осложнениями портальной гипертензии

Затевахин И.И., Готье С.В., Цицашвили М.Ш., Шиповский В.Н., Монахов Д.В., Корнилов М.Н.

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра факультетской хирургии п/ф.ГКБ им. Д.Д.Плетнева

Актуальность Среди хирургических осложнений портальной гипертензии значимыми являются кровотечения, резистентный асцит и гидроторакс. Цель исследования Использование малоинвазивных методов лечения осложнений портальной гипертензии и оценка возможности выполнения трансплантации печени в дальнейшем. Материалы и методы. Работа основана на анализе лечения 477 пациентов с печеночной формой портальной гипертензии и различными осложнениями- кровотечениями из ВРВП и ВРВЖ (n-314), резистентным асцитом (n-163). Структура больных (n- 314) с кровотечением: 230 с состоявшимся кровотечением и 83 пациента с продолжающимся. 18 пациентам с целью экстренного гемостаза выполнено эндоскопическое лигирование вен, а 66 установлен зонд-обтуратор. У трех пациентов нам не удалось добиться гемостаза с помощью консервативных и эндоскопических методов лечения в связи с чем им была выполнена операция Пациора. Группе больных (n- 229) с состоявшимся кровотечением первым этапом выполнено эндоскопическое лигирование. После курса консервативной терапии и оценки операционного риска, 141 пациенту проведен TIPS

(трансьюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование) с использованием голометаллических (группа 1, n- 85) стентов и стент-графтов (группа 2, n- 56). Характеристика пациентов с резистентным асцитом (n- 163): у 35 пациентов был эпизод кровотечения портального генеза, у 4-х правосторонний гидроторакс. В дальнейшем 72-м пациентам выполнен TIPS (голометаллический стент-31, стент-графт-41.). Так же была выделена контрольная группа (n=91), которым проводились дозированные лапароцентезы и консервативная терапия. До выполнения TIPS мы определяли показания/противопоказания для трансплантации печени. При выявлении варикозных вен с признаками угрозы кровотечения выполнялись сеансы лигирования. При выявлении признаков дисфункции внутривенного шунта (тромбоз, миграция) выполняли реинтервенции- повторные вмешательства после TIPS. У группы пациентов (n-44) выполнены следующие операции: реканализация стента и баллонная дилатация 22 пациентам, реканализация и стентирование «стент в стент» 18, при этом трем из них выполнена эмболизация левой желудочной вены, параллельный TIPS 8 и Y-образный TIPS 4 пациентам. У 7 пациентов попытки реканализации были неудачными. Результаты Через 18 мес. после TIPS по поводу кровотечения были получены результаты: в 1-й группе (голометаллический стент) у 13 пациентов возник рецидив кровотечения из ВРВП, что было связано с тромбозом стента; увеличение степени ПЭ зафиксировано у 9. В группе больных со стент-графтом случаев тромбоза стент-графта не было, однако кровотечение из ВРВП рецидивировало у 2 больных, увеличение степени ПЭ зафиксировано у 4 пациентов. Летальность: в 1-й группе 15 пациентов и 6 во 2-й группе. Результаты лечения пациентов с резистентным асцитом (6 месяцев): В 1 группе: умерло 6 пациентов от декомпенсации цирроза. У 2 отмечен эпизод кровотечения, нарастание асцита у 5. Рецидив осложнений портальной гипертензии был связан с тромбозом шунта. Увеличение степени ПЭ у 5 пациентов. Во 2-й группе (стент-графт) получены результаты: скончался 1 пациент от декомпенсации цирроза. Увеличение степени ПЭ наблюдалось у 4 пациентов. Признаков тромбоза стента не было, но у двух больных выявлена миграция стента, что потребовало реинтервенции. Результаты лечения в контрольной группе с резистентным асцитом: рецидив кровотечения из ВРВП развился у 7, нарастание асцита у 18 пациентов, увеличение степени печеночной энцефалопатии было у 8, умерло 28 пациентов. После выполнения эндоскопического лигирования и TIPS в

сотрудничестве с трансплантологами было выполнено 44 ортотопических трансплантаций печени- 12 пациентов после TIPS и 32 пациента после эндоскопического лигирования в сроки от 1.5 до 79 месяцев **ВЫВОДЫ:** Эндоскопические и эндоваскулярные методы лечения осложненной портальной гипертензии являются «мостиком» к трансплантации печени и позволяют продлить жизнь пациента до пересадки печени.

488.Декомпрессия забрюшинной клетчатки в комплексном лечении деструктивного панкреатита

Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Достуев Т.Ю.

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России, кафедра факультетской хирургии педиатрического факультетаГКБ им. Д.Д. Плетнева

Актуальность. Деструктивный панкреатит одно из наиболее тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости, которое по данным ВОЗ характеризуется неизменным ростом и до настоящего времени сопровождается высокой летальностью. Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 1524 больных с панкреонекрозом за период с 1980 по 2017 г. Умерло 189 больных –летальность 12.4%. Все панкреонекрозы были верифицированы при УЗИ, КТ, лапароскопии, при лапаротомии и на аутопсии. При этом у 1371 больного был выявлен перитонит (у 90% ферментативный, у 8% фибринозно-гнойный и у 2% желчный). Многокомпонентная терапия включала в себя лечебную лапароскопию, ультразвуковые пункции и дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, экстракорпоральную детоксикацию, антисекреторную и антибактериальную терапию, ЛХС и ЭПТ по показаниям. Результаты. Лапароскопическое дренирование брюшной полости было выполнено 1233 больным с ферментативным перитонитом и позволило добиться положительного результата у 961 (78%) больных. Прогрессирование панкреонекроза было отмечено у 272 (22%), из них 168 с летальным исходом, при этом 93 пациента у которых было

установлено распространение ферментативного выпота на клетчатку забрюшинного пространства с ее деструкцией и развитием асептической флегмоны умерли в первые трое суток от момента поступления и начала лечения. Анализ результатов оценки распространенности ферментативного выпота по забрюшинной клетчатке по данным УЗИ, КТ, лапароскопии и аутопсии показал, что летальность при ферментативном перитоните и ферментативном поражении левой паракольной клетчатки составила 29%, правой паракольной клетчатки 33%, при поражении двух паракольных пространств 43%, сочетанное поражение клетчатки двух паракольных пространств и клетчатки малого таза 100%. Полученные результаты позволили нам в период с 2015 по 2017 год в комплекс лечебных мероприятий у 30 больных с верифицированным при УЗИ, КТ и лапароскопии ферментативном перитоните и целлюлите включить декомпрессию забрюшинной клетчатки путем рассечения брюшины по ходу латеральных каналов. Вскрытие левой паракольной клетчатки выполнено 2 больным летальность 0%, правая паракольная клетчатка была вскрыта у 14 больных умерло 3 – летальность 21,4%, оба латеральных канала были вскрыты у 14 пациентов умерло 2 – летальность 14%. Выводы. Результаты проведенной нами работы свидетельствуют о том, что тяжесть течения деструктивного панкреатита с ферментативным перитонитом во многом определяется сочетанным характером распространения выпота в брюшной полости и забрюшинном пространстве. Лапароскопическое дренирование брюшной полости в сочетании с декомпрессией забрюшинной клетчатки путем вскрытия латеральных каналов позволяет улучшить результаты лечения у больных с деструктивным панкреатитом. Наш опыт вскрытия латеральных каналов еще небольшой и требует дальнейшего набора материала, однако полученные положительные результаты делают это целесообразным.

**489.Профилактика осложнений после
оперативного лечения у больных с трофическими
язвами атеросклеротического генеза для
предотвращения ампутации конечности**

*Кательницкий И.И., Кательницкий Иг.И.,
Ливадняя Е.С.*

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский
университет Минздрава России

Цель исследования: оценить и улучшить результаты реконструктивных операций на артериях нижних конечностей больных облитерирующим атеросклерозом с критической ишемией путем индивидуального подбора антикоагулянтной терапии в зависимости от коррекции гепаринотерапии на основании данных коагулограммы и теста "Тромбодинамика Т-2".
Материалы и методы: 82 пациента с атеросклеротическими окклюзиями артерий нижних конечностей разделены на две группы: первая группа - 48 больных с выполненными реконструктивными операциями на артериях нижних конечностей с подбором дозы антикоагулянтной терапии с помощью показателей коагулограммы, вторая - 34 больных, которым выполнялись реконструктивные операции с подбором антикоагулянтной терапии с помощью комплексного исследования вязкости крови по данным теста "Тромбодинамика Т-2".
Результаты: из 48 пациентов 1 исследуемой группы хороший эффект у 36 больных (75,00%), у 9 (18,75%) – удовлетворительный, а в 3 наблюдениях (6,25%) - неудовлетворительный. Во 2 группе: хорошие результаты - 33 (97,06%) больных, а у 1 (2,94%) пациента - удовлетворительный. Неудовлетворительных результатов не было. Проанализировано количество повторных операций в течение 1 года, выполненных в 1-ой группе, которых статистически достоверно было 2 раза больше, чем во 2-ой. Все повторные операции связаны с развившимися тромботическими осложнениями. При сочетании большинства показателей гемостазиограммы и теста «Тромбодинамика Т-2» проводилась коррекция дозы гепаринотерапии, увеличивая на 2500 ЕД, то есть пациент получал по 7500ЕД 4 раза в сутки. Если при проведении «Тромбодинамики Т-2» и коагулограммы на 6 сутки после оперативного лечения определялась гиперкоагуляция, то доза гепарина увеличивалась повторно на 2500 ЕД.
Выводы: таким образом, сочетание выполнения

коагулограммы с тестом "Тромбодинамика Т-2" дает возможность достоверно выявить необходимость коррекции гепаринотерапии для предотвращения развития тромбоза в раннем послеоперационном периоде, что позволяет у пациентов с критической ишемией избежать ампутации конечности.

**490.Результаты комплексного лечения язвенно –
некротических осложнений синдрома
диабетической стопы.**

*Бурлева Е.П.(1), Бабушкина Ю.В.(2),
Фоминых А.Н. (2), Галимзянов Ф.В.(1)*

Екатеринбург

ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России (1),
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая
больница №1» (2)

Цель: оценить годовые результаты комплексного лечения пациентов с язвенно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы.
Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 301 амбулаторной карты пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС), обратившихся на консультативный прием в кабинет «Диабетическая стопа» ГБУЗ СО «СОКБ №1» г. Екатеринбурга в 2017 году. 146 пациентов (48,5%) имели нейропатическую форму СДС, 155 (51,5%) – нейроишемическую. Для углубленного анализа все язвенные дефекты были разделены на степени согласно классификации Техасского университета. Среди пациентов с нейропатической формой СДС 44 (30,1%) имели клинические и рентгенологические признаки диабетической остеоартропатии. У остальных были язвенно - некротические дефекты: AI - 55 пациентов (37,6%), AII – 2 (1,4%), BI – 2 (1,4%), BII – 10 (6,8%), BIII – 33 (22,6%). Пациенты с нейроишемической формой СДС распределились так: CI – 64 (41,3%), CII – 18 (11,6%), CIII – 18 (11,6%), DI – 3 (1,9%), DII – 9 (5,8%), D III – 43(27,7%). Таким образом, глубокие язвенно-некротические процессы зарегистрированы у 131 пациента (43,5%). На амбулаторном этапе пациентам проводилась коррекция углеводного и липидного обмена, с целью разгрузки конечности использовался разгрузочный башмак или изготавливалась

индивидуальная повязка «Total contact cast». Местное лечение ран проводилось с применением нетоксичных антисептиков и атравматичных перевязочных средств, назначение которых зависело от стадии раневого процесса и количества экссудата. Пациенты с выраженными признаками инфекции или при сочетании «инфекция + ишемия» направлялись в отделения гнойной хирургии, при наличии критической ишемии конечности - в отделение сосудистой хирургии. В стационаре пациентам проводилась комплексная терапия в соответствии с российскими и международными рекомендациями. С целью реваскуляризации конечности при нейроишемической форме СДС выполнена баллонная ангиопластика у 21 пациента (артерии голени и стопы – 9, поверхностной бедренной артерии - 7, этажные вмешательства – 5), ангиопластика дополнена стентированием в 4 случаях. Повторная ангиопластика в течение года выполнена у 7 пациентов. Результаты. Через 1 год результаты лечения по нейропатической форме СДС оценены у 127 пациентов (87,0%). 44 (34,6%) пациентам проведено комплексное лечение остеоартропатии с сохранением конечности у остальных пациентов выявлено следующие результаты: эпителизация – 55 (43,3%), сохранения язвы – 19 (14,9%), малые ампутации – 16 (12,6%), высокая ампутация – 1 (0,79%). Годичные результаты лечения нейроишемической формы СДС оценены у 117 пациентов (75,5%). Зарегистрированы: эпителизация – 43 (36,7%), сохранение язвы – 38 (32,5%), малые ампутации – 24 (20,5%), высокие ампутации - 12 (10,3%). Выводы: 1. В группе пациентов с нейропатической формой СДС, регулярно наблюдающихся в подиатрическом кабинете, добиться сохранения опорной конечности удалось в 99,2%. Сроки эпителизации язвенно-некротических дефектов зависели от исходных размеров язв, наличия инфекции и комплаентности пациентов. 2. В группе пациентов с нейроишемической формой СДС при регулярном наблюдении опорная конечность сохранена в 89,7%. 3. Лучшие результаты в группе нейроишемических язв достигнуты у пациентов, которым в составе комплексной терапии с целью сохранения конечности были проведены рентгенэндоваскулярные реваскуляризирующие операции. 4. У 13 пациентов (4,3%) выполнены высокие ампутации, что в большинстве случаев связано с поздним обращением за специализированной помощью, а так же при невозможности или неэффективности реваскуляризации.

491. Сравнительный анализ применения микроволновой (МВА) и радиочастотной абляции (РЧА) в комбинированном лечении больных с метастатическим поражением печени

Трандофилов М.М. (1,2), Баранов Г.А. (1,2), Шевченко В.П. (1,2), Налетов В.В. (2), Еремеев В.А. (1,2), Сизова А.Н. (1), Светашов В.С. (1,2), Лазука П.А. (1)

Москва

1. ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации
2. ГБУЗ "ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ"

Метастатическое поражение печени составляет 90% от всех злокачественных новообразований печени. К моменту выявления возможность выполнения резекции составляет не более 10-15%. В настоящее время ведутся поиски новых малоинвазивных методов интервенционного локального воздействия на опухоли печени. Известным методом является радиочастотная абляция, альтернативой которому становится микроволновая абляция. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ лечения 98 больных с метастатическим поражением печени. Все больные были разделены на 2 клинические группы. Больным первой клинической группе выполнялась радиочастотная абляция опухоли, во второй – микроволновая абляция. Всем больным ранее проводилось комплексное лечение в объеме удаления первичного очага в объеме R0 и лимфодиссекция D1, D2 и полихимиотерапия. Первую группу составили 51 больной в возрасте от 59 до 86 лет, средний возраст составил $72 \pm 18,6$ лет. Мужчин было 18 человек, женщин - 33. Размер очага составил от 12 до 48 мм, средний $32,2 \pm 6,3$ мм, количество очагов не более 4. Поражение правой доли наблюдалось у 34 больных, левой – 12, билобарное – 5. 1 стадия по Gennari наблюдалась у 11 больных, вторая – 32, третья – 8. Вторую группу составили 47 больных в возрасте от 36 до 81 лет, средний возраст составил $64,8 \pm 21,3$ лет. Мужчин было 15 человек, женщин - 32. Размер очага составил от 10 до 36 мм, средний $28,4 \pm 4,6$ мм, количество очагов не более 4. Поражение правой доли наблюдалось у 34 больных, левой – 9, билобарное – 4. 1 стадия по Gennari наблюдалась у 12 больных, вторая – 30, третья – 5. Контроль эффективности воздействия осуществлялся УЗИ, КТ и МРТ в динамике. Результат: В первой клинической

группе отмечались следующие осложнения: умеренное кровотечение из места вкола игольчатого электрода у 3 больных, не потребовавшее хирургического вмешательства. Острая печеночная недостаточность развилась в 1 случае. Желчеистечение из места введения игольчатого электрода наблюдалось в одном наблюдение при термодеструкции 5 метастазов. Остаточная полость сформировалась в 3 случаях. Внутрпеченочная гематома наблюдалась в 2 случаях. Летальный исход 2 случая. Прогрессирование онкологического процесса в 7ми случаях в течении трех лет. Средний койко-день составил 7 дней. Выживаемость больных составила: однолетняя – 73,5 %, двухлетняя – 53,3 %, трехлетняя – 32,1 %. Во второй клинической группе (МВА) отмечались следующие осложнения: умеренное кровотечение из места вкола антенны у 1 больного не потребовавшее хирургического вмешательства. Остаточная полость сформировалась в 1 случае, не потребовавшая дополнительных оперативных вмешательств. Внутрпеченочная гематома в 1 случае. Ожог кожи в месте введения антенны в 2 случаях. Средний койко-день составил 5 дней. Подкапсульная гематома в 1 случае. Некроз стенки толстой кишки с последующей перфорацией 1 наблюдение. Летальных случаев не было. Местных рецидивов после абляции не наблюдалось ни в одном случае. Средний койко-день составил 5 дней. Выживаемость больных составила: однолетняя – 78,5 %, двухлетняя – 63,3 %, трехлетняя – 58,3%. Заключение: Микроволновая абляция является эффективным миниинвазивным методом локальной деструкции метастатических опухолей печени. Преимуществами МВА являются: отсутствие зависимости от теплоотведения, что дает возможность его использования при деструкции очагов локализованных вблизи магистральных сосудов и/или очагов расположенных субкапсулярно прилегающих к полым органам; быстрое обеспечение заданной зоны деструкции за меньшее количество времени способствует сокращению суммарного времени операции, ведущее к уменьшению операционно – анестезиологического риска; возможность одновременного использования нескольких антенн, позволяющее выполнять одномоментно деструкцию нескольких очагов.

492. Распространенность и локализация булл при буллезной эмфиземе легких, осложненной спонтанным пневмотораксом

Баландина И.А., Нагаев А.С., Баландин В.А.

Пермь

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

В настоящее время, по данным исследователей, буллезная эмфизема легких является главной причиной спонтанного неспецифического пневмоторакса. За последние десятилетия наблюдается стойкая тенденция к неуклонному росту заболеваемости данной патологией. Цель исследования – охарактеризовать распространенность булл, их локализацию и размеры. Работа основана на анализе результатов рентгенологического исследования органов грудной полости в двух стандартных проекциях и компьютерной томографии 263 пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной спонтанным пневмотораксом, проходивших обследование и лечение в торакальном отделении городской клинической больницы №4 г. Перми в период 2010-2017 годы. Возраст обследуемых варьировал от 18 до 89 лет. Рентгенологическое исследование проводили на цифровом рентгенографическом аппарате Xvision-525 и на 128-срезовом компьютерном томографе Philips Brilliance. Исследование показало, что солитарные буллы встречались в 42% случаях (у 111 пациентов), из них у 54% (60 пациентов) отмечалась правосторонняя локализация булл, у 46% (51 пациент) – левосторонняя локализация. Преобладало нижнедолевое расположение булл (у 89% пациентов). Односторонняя локальная форма буллезной эмфиземы установлена в 15% случаях (39 пациентов). Односторонняя генерализованная форма выявлена также у 15% больных (39 пациентов). Среди них определялось незначительное преобладание правосторонней локализации булл: у 56% пациентов (22 человека) выявлена правосторонняя локализация, у 44% пациентов (17 человек) – левосторонняя локализация. Двусторонняя форма буллезной эмфиземы встречалась в 28% случаев (74 пациента). У этих больных также буллы локализовались преимущественно в нижних долях легких (у 98% пациентов). У 53% пациентов (140 человек) отмечена правосторонняя локализация пневмоторакса, у 44% пациентов (117 человек) –

левосторонняя, у 3% пациентов (6 человек) – двусторонняя. Таким образом, проведенный клинико-рентгенологический анализ расширяет представление о распространенности и преимущественной локализации булл у пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной спонтанным пневмотораксом.

493. Применение протезной пластики в лечении грыж передней брюшной стенки и её осложнения

Муаззатов Б.Б., Юлдашев У.Х.

Бухара

Бухарский Государственный медицинский институт

Актуальность работы. В последнее время в хирургическом лечении вентральных грыж широкое распространение получило проведение аллопластики с применением синтетических биоматериалов. Однако, несмотря на эффективность оперативного лечения, не исключается возможность развития послеоперационных осложнений, что зачастую приводит к рецидивированию заболевания и требует повторного хирургического вмешательства. Цель работы: оценить роль протезной пластики в развитии гнойно-некротических осложнений. Материал и методы. В клинике кафедры факультетской и госпитальной хирургии и урологии были обследованы 27 (100) больных, которым была проведена протезная пластика в различных комбинациях с использованием полисинтетического материала (сетки). Давность оперативного лечения соответствовала от 1,5 месяцев до 1 года. Сетка накладывалась в основном способом inlay, что составляло 22 (81,5) больных, и sublay – 5 (18,5) больных. Всем пациентам были применены полипропиленовые сетки стандартного типа, которые фиксировались к тканям с помощью специальных стерильных викриловых нитей. Пациенты ранее были оперированы как в сельских – 19 (70,4), так и в городских условиях – 8 (29,6). Среди них мужчины составляли 21 (77,8) человек, женщины – 6 (22,2). Возраст больных колебался от 34 лет до 61 года. Результаты и обсуждение. У 5 (18,5) больных с надапоневротической пластикой отмечалось осложнение в виде нагноения. Жалобы

больных были на болезненность и чувство тяжести в области и вокруг послеоперационного рубца, у 2 (7,4) из них отмечалось повышение температуры тела от 37,5 до 38,4°C. Кроме того наблюдались общая слабость, головные боли, недомогание. Всем пациентам произведено вскрытие гнойного очага, санация полости растворами антисептиков, назначена антибактериальная, дезинтоксикационная терапия. Во время оперативного вмешательства в санированную полость наложены дренажные трубки, где в последующем проводилось наблюдение за характером и количеством выделяемого содержимого. Дренажные трубки по мере их “очищения” или прекращения выделений удалялись в сроки от 8±2дней до 124дней. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия, контроль за состоянием послеоперационной раны. Кроме того было проведено динамическое ультразвуковое наблюдение постраничного пространства. В обязательном порядке проводились постоянная санация гнойных полостей с помощью антисептиков и местное использование мази “Левомеколь”. Койко-дни пролечившихся больных составили в среднем 75дней. Состояние больных в динамике улучшилось и все они выписаны под наблюдение амбулаторного врача по месту жительства. Вывод. Возникновение гнойно-некротических осложнений возможно связано как с наличием самой искусственной сетки, что необходимо учесть при индивидуальном её подборе строго для каждого пациента, так и с применением фиксирующего шовного материала. Развитию подобных осложнений может способствовать попадание инфекции при использовании шовного материала для фиксации синтетического биопротеза.

**494. Осложнения после операций при
эхинококкозе печени**

Муаззамов Б.Б., Шарипов И.И.

Бухара

Бухарский государственный медицинский институт

Цель работы: оценить результаты оперативного лечения и послеоперационных осложнений эхинококкоза печени. Материал и методы. На кафедре факультетской и госпитальной хирургии, реаниматологии и анестезиологии, урологии Бухарского государственного медицинского института за период с 2011 по 2015гг были изучены результаты лечения больных с эхинококкозом печени. Обследовано 76 (100%) больных, у 24 (31,6%) из которых отмечались раневые осложнения в виде нагноения и инфильтрацией послеоперационных ран, у 18 (23,7%) – наличие послеоперационной вентральной грыжи, у 19 (25%) – рецидивы эхинококкоза, причем у 11 (14,5%) из них наблюдались признаки спаечной кишечной непроходимости, у 1(19,7%) пациентов отмечалось нагноение остаточных полостей, у 2 (7,9%) больных наблюдалось дренаженосительство от 9 месяцев до 1 года 2 месяцев со дня проведенной операции. Результаты исследования. Пациенты с наличием раневых нагноений подвергнуты повторному оперативному вмешательству, так же как 14 (18,4%) из 19 (25%) больных с рецидивным эхинококкозом. Больные с нагноением остаточных полостей также госпитализированы, 3 (3,9%) из них проведено также повторное оперативное лечение. При проведении операции по поводу рецидивного эхинококкоза в ходе вмешательства возникали трудности в связи с труднодоступностью кист, которым препятствовали массивные спаечные процессы. Выводы. Несмотря на успехи, лечение эхинококкоза продолжает оставаться одной из актуальных проблем, и до сих пор единственным радикальным методом является хирургический, после проведения которого, к сожалению, не снижается число послеоперационных осложнений. Это связано не только с оперативной техникой, но и от характера и количества полостных паразитарных образований, а также от состояния самого организма больного. Все это влияет на качество жизни пациентов, поэтому лечение заболевания должно быть направлено на предупреждение как осложнений, так и его рецидивов.

**495. Медико-статистические параметры
реализации программы развития региональных
сосудистых центров в Санкт-Петербурге**

*Алексеев П.С. (1), Мовчан К.Н. (1,2),
Артюшин Б.С. (1,3), Баканова Е.А. (1),
Бевзюк Е.В. (1), Русакевич К.И. (3).*

Санкт-Петербург; Великий Новгород.

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

Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК) занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости взрослого населения России. Поиск организационных путей улучшения качества оказания медицинской помощи (МП) при БСК – основное направление современных научных изысканий. Один из таких путей – создание новых и совершенствование работы функционирующих региональных сосудистых центров (РСЦ). Цель исследования: оценить параметры оказания специализированной медицинской помощи населению Санкт-Петербурга (СПб) в РСЦ. Материалы и методы. Изучены медико-статистические данные о параметрах предоставления МП в РСЦ СПб жителям города, которым обследование и лечение осуществлялось в связи с патологией профиля «сердечно-сосудистая хирургия». Для этого проанализированы базы официальных сведений, аккумулированных в СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» за 2011-2016 гг. Результаты. В 2011 г. в РСЦ созданы на базе ряда учреждений СПб: СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, «Городская больница №26», «Городская Мариинская больница», «Городская Покровская больница», «Городская Елизаветинская больница», «Городская Александровская больница». На начало 2011 г. коечный фонд РСЦ составил 907 койко-мест. На их базе МП в этом году оказана 21 171 пациенту. Показатель летальности составил 10% (2 125 случаев). С 2012 по 2015 гг. при коечном фонде РСЦ, численность койко-мест которого варьировала в пределах 895–1123, отмечено ежегодное увеличение числа пациентов, госпитализированных в РСЦ: 24 291, 24 710, 23 980, 29 016 соответственно. Показатель смертности в данных медицинских организациях констатирован в пределах 10,4–12,0%. С 2012 г. в городе также активно функционируют первичные сосудистые отделения (ПСО). К 2015 г. их суммарный коечный фонд составил 319 койко-мест,

при этом специализированная МП за 4 года оказана 22 696 больным (показатель летальности 6,8% – 1 550 случаев). В 2016 г. СПб РСЦ организованы в ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» и на базе ПСО СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2». В 8 РСЦ на 1 294 койках специализированная МП оказана 35 367 больным (при уровне внутрибольничной летальности 8,1% – 2 888 наблюдений). В 6 ПСО МП осуществлена 4 988 больным. Обсуждение. В целом, очевидно, что за анализируемый период коечный фонд РСЦ и ПСО вырос с 907 до 1 493 мест, а объем оказания МП увеличился с 21 171 до 40 355 наблюдений, т.е. в 2 раза, при этом уровень летальности снизился с 10 до 6,8%. Выводы. Полученные данные позволяют считать, что реализация мероприятий программы развития РСЦ в Санкт-Петербурге проходит успешно. Данное обстоятельство позволяет рассчитывать на закрепление позитивных тенденций в достижении надлежащего качества оказания МП населению города в случаях ее необходимости при БСК. Рекомендации. Темпы развития данного направления организации медицинской деятельности в Санкт-Петербурге целесообразно сохранять и наращивать.

496. Возможности антеградной биопсии в диагностике генеза билиарной обструкции

*Праздников Э.Н. (1,2), Зинатулин Д.Р. (1,2),
Баранов Г.А. (1,2), Шевченко В.П. (1,2),
Налетов В.В. (2), Умаров Р.Х. (1,2), Сизова А.Н. (1).*

Москва

1. ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации
2. ГБУЗ "ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ"

Актуальность На сегодняшний день трансабдоминальное УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография в сочетании с холангиопанкреатографией являются методами первой линии в диагностике билиарной обструкции. Однако окончательный диагноз генеза билиарной стриктуры может быть установлено только при гистологическом исследовании, которое

имеет решающее значение для принятия решения относительно дальнейшей тактики лечения больных. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография является наиболее широко используемым методом обследования позволяющий выполнить транспапиллярно биопсию стриктуры билиарного тракта путем аспирационной цитологии, браш-биопсии либо при помощи биопсийных щипцов. Гистологическое исследование материала полученного с помощью биопсийных щипцов является наиболее информативным и достоверным, чем цитология. Однако выполнение эндоскопической транспапиллярной биопсии у части больных не представляется возможным. Альтернативным методом является антеградная биопсия билиарных стриктур. Материалы и методы: Выполнен анализ антеградных биопсий выполненных 37 больным с билиарной обструкцией опухолевого и доброкачественного генеза. Все больные были разделены на 2 клинические группы. В первую клиническую группу вошли 22 больных в возрасте от 33 до 86 лет, средний возраст $68,0 \pm 14,4$ лет с преобладанием мужчин (59%), у которых при предоперационном обследовании установлен (по данным мультиспиральной компьютерной томографии и/или магниторезонансной томографии) опухолевый генез билиарной обструкции. Во вторую клиническую группу вошли 15 больных в возрасте от 40 до 89 лет, средний возраст $60,0 \pm 15,2$ лет с преобладанием женщин (53%), у которых при предоперационном обследовании, включая мультиспиральную компьютерную томографию и магниторезонансную томографию с холангиографией, опухолевый генез билиарной обструкции исключен. Методика антеградной биопсии желчных протоков. Канюляция желчных протоков под УЗИ контролем, под рентгеноскопическим контролем в просвет сегментарного протоков устанавливается нитиновый проводник. По проводнику выполняется бужирование пункционного канала до 10 Fr (3,3 мм) и в просвет долевого протока устанавливается интродьюсер диаметром 10 Fr (3,3 мм). Через интродьюсер в просвет общего желчного протока вводится форцепт для взятия биопсии. Нами использовались щипцы для гибкой эндоскопии тип «аллигатор» с иглой, рабочей длиной 1600 мм и диаметром вводимой части 2.5 мм. Результаты. Среднее время выполнения биопсии составило $11,2 \pm 2,2$ минуты, кровопотери связанной непосредственно с методикой выполнения биопсии не отмечалось. Суммарная доза лучевой нагрузки при выполнении биопсии составила $154 \pm 23,6$ мкЗв. Осложнений и летальных

исходов связанных с методикой выполнения биопсии не наблюдалось. В первой клинической группе морфологическая верификация получена у 21 больного, что составляет 95,5%. Во второй клинической группе у 4 больных при гистологическом исследовании получена аденокарцинома различной степени дифференцировки, при этом в предоперационном периоде данных за опухолевое поражение выявлено не было. При пересмотре гистологических препаратов и повторных биопсиях диагноз подтвержден у 3-х больных. Таким образом во второй клинической группе выявлено 3 больных с первой-второй стадией онкопроцесса. Специфичность метода составляет 91,7%, чувствительность – 95,5%. Заключение. В настоящее время существует несколько методов морфологической верификации билиарных стриктур: аспирационная биопсия, браш-биопсия, пункционная биопсия и биопсия с использованием биопсийных щипцов. Однако оптимальный метод выборки остается спорным. Идеальный метод для получения ткани для окончательной диагностики генеза билиарных стриктур должна быть простой, безопасной и эффективной с высокой чувствительностью и специфичностью. Антеградная чрезкожная биопсия биопсийными щипцами достаточно легкий, малотравматичный и эффективный метод диагностики билиарных стриктур, обладающий высокой специфичностью и чувствительностью.

497. Сравнительная оценка параметров лапаротомных доступов, полученных при спиральной компьютерной томографии и в анатомическом эксперименте

Данильченко И.Ю. (1), Развозжаев Ю.Б. (1,2), Алонцев А.В. (1,3), Ахметзянов Р.Г. (4)

Новокузнецк

- 1) НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2) ООО «Гранд Медика», 3) Медицинский институт им. Березина Сергея, 4) ГАУЗ КО НГКБ № 1

Введение: Термин «лапаротомия» означает хирургический манёвр, разрез брюшной стенки для получения доступа к органам брюшной полости. Лапаротомия служит средством для осуществления того или иного оперативного вмешательства в брюшной полости. При выборе места для лапаротомного разреза, прежде всего, следует руководствоваться целью обеспечения наиболее удобного и широкого доступа к тому участку, на котором будет производиться операция. В 1954 году разработан способ оценки оперативных доступов на основании ряда параметров, предложенных А. Ю. Созон-Ярошевичем. Эта методика получила широкое распространение в практической и экспериментальной медицине. Оценка параметров лапаротомных доступов остается актуальной и в настоящее время, а в свете развития методов лучевой диагностики открылись новые возможности её применения для предоперационного планирования и прогнозирования хода оперативного вмешательства. Материалы и методы: Были проанализированы спиральные компьютерные томограммы органов брюшной полости 55 пациентов, возраст которых варьировал от 25 лет до 81 года, из них 32 женщины и 23 мужчины. На полученных изображениях проводили измерение угла операционного действия по длине (УОДД), угла операционного действия по ширине (УОДШ), угла наклона оси операционного действия (УНООД), глубины раны. Данные анатомического исследования были взяты из работы К. С. Радивилко (Обоснование верхнего поперечного лапаротомного доступа для операций на поджелудочной железе: диссертация кандидата медицинских наук: 14.01.17/ Радивилко К. С., Кемерово, 2012). Пространственные условия лапаротомий в её работе изучались на 102 трупах в возрасте от 17 до 84 лет, среди которых было 39

женщин и 63 мужчины. В качестве оцениваемых доступов были приняты верхняя поперечная лапаротомия и верхняя срединная лапаротомия в модификации по Ellison. В качестве точек приложения были приняты диафрагмальная поверхность селезёнки и абдоминальный сегмент пищевода. Результаты: На основании данных, полученных на спиральных компьютерных томограммах органов брюшной полости, проведён расчёт параметров лапаротомных доступов. Для верхней поперечной лапаротомии получены следующие данные ($M \pm m$): к диафрагмальной поверхности селезёнки глубина раны=18,2±3,5см, УНООД=54±6,8°, УОДД=75±9,7°, УОДШ=28±5,7°; к абдоминальному сегменту пищевода глубина раны=14,8±3см, УНООД=46±7,7°, УОДД=92±11,3°, УОДШ=32±6,4°. Для верхней срединной лапаротомии в модификации по Ellison получены следующие данные ($M \pm m$): к диафрагмальной поверхности селезёнки глубина раны=17,6±2,7см, УНООД=55±7,3°, УОДД=65±9,9°, УОДШ=30±3,8°; к абдоминальному сегменту пищевода глубина раны=14,3±2,6см, УНООД=47±7,8°, УОДД=77±13,2°, УОДШ=40±7,6°. В анатомическом эксперименте К. С. Радивилко были получены данные для верхней поперечной лапаротомии ($M \pm m$): к диафрагмальной поверхности селезёнки глубина раны=19±0,8см, УНООД=48,7±0,8°, УОДД=25±1°, УОДШ=25±1°; к абдоминальному сегменту пищевода глубина раны=18,6±0,3см, УНООД=43±1,1°, УОДД=28±1°, УОДШ=22±0,8°. Для верхней срединной лапаротомии в модификации по Ellison получены следующие данные ($M \pm m$): к диафрагмальной поверхности селезёнки глубина раны=20,7±0,3см, УНООД=46±1°, УОДД=18±0,7°, УОДШ=22±1°; к абдоминальному сегменту пищевода глубина раны=14,5±0,3см, УНООД=54±0,9°, УОДД=26±0,9°, УОДШ=28±0,8°. Вывод: Спиральная компьютерная томография даёт возможность проводить объективную, количественную оценку параметров лапаротомных доступов. Полученные результаты по параметрам «глубина раны» и «угол наклона оси операционного действия» сопоставимы с данными анатомического исследования. Имеются различия между данными спиральной компьютерной томографии и анатомическим исследованием по параметрам «угол операционного действия по длине и ширине», что требует дальнейшего изучения.

498. Анализ результатов лечения больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом

Тотииков В.З., Тобоев Д.В., Тотииков З.В.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования: анализ результатов миниинвазивных методов хирургического лечения больных неосложненным холедохолитиазом, в сочетании с хроническим калькулезным холециститом. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 683 больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом, которые находились в хирургических отделениях г. Владикавказа. Сроки наблюдения за больными составили от 1 года до 17 лет. Мужчин было 312 (44,6%), женщин 371 (55,2%). Возраст больных колебался от 26 до 92 лет. Больные были разделены на три группы. В первую группу были включены 346 (50,6%) больных, которым были выполнены операции с помощью набора «Миниассистент». Вторую группу вошли 147 (21,5%) больных, из которых 93 пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, фиброхолангиоскопия, холедохостомия по Керу. Глухой шов холедоха и дренированием по Холстеду произведены у 55 больных. В третью группу было включено 190 (27,8%) больных, которым выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), а на втором этапе производили лапароскопическую холецистэктомия. К пациентам с осложнениями отнесены те, у которых причиной развития осложнений являлось непосредственно оперативное вмешательство. Результаты. В первой группе больных интраоперационных осложнений не выявлено. После удаления дренажа Кера на 21 сутки в 4 (1,2%) случаях диагностировано желчеистечение в свободную брюшную полость. У 9 (2,6%) больных отмечено инфицирование послеоперационной раны. У 7 (2,02%) больных развился отечный панкреатит. В сроки от 5 до 15 лет холедохолитиаз выявлен у 4 (1,2%) больных. Стриктур общего желчного протока после ушивания холедоха на дренаже Кера не выявлено. У 2 (0,6%) больных выявлены грыжи в области операционных ран. Во второй группе конверсия на лапаротомию выполнена у 2 (1,6%) из-за интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков.

При удалении дренажа Кера на 21 сутки у 3 (2,03%) больных отмечено желчеистечение в свободную брюшную полость. У 1 (0,7%) больного через 9 месяцев развилась неполная стриктура холедоха. В третьей группе в раннем послеоперационном периоде при выполнении ЭПСТ у 10 (6,3%) больных диагностирован отечный панкреатит, а у 3 (1,6%) развился панкреонекроз. У 3 (1,6%) больных отмечено кровотечение из рассеченного БСДПК, которое остановлено путем коагуляции. На этапе проведения лапароскопической холецистэктомии осложнений не зарегистрировано. У 10 (5,3%) больных выявлен рефлюкс-холангит. Стеноз БДС развился у 4 (2,1%) пациентов. Резидуальный холедохолитиаз диагностирован в 2 (1,05%) случаях. Таким образом, наибольшее количество осложнений отмечено в третьей группе (17,9±2,31%). Достоверных отличий по количеству осложнений во второй (5,41±1,03%) и третьей (7,52±1,22%) группах не отмечено. Заключение. Анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения показал, что лучшие результаты отмечены у больных, которым выполнено одноэтапное оперативное лечение без вмешательств на БСДПК. Проведение ЭПСТ у больных холедохолитиазом в сочетании с калькулезным холециститом без желтухи более эффективно при наличии вколоченных конкрементов БСДПК, стенозе БСДПК, а также у больных, которые не могут быть кандидатами для общей анестезии.

499. Применение системных и локальных донаторов фибриногена для профилактики несостоятельности культи ДПК при "проблемной" кровоточащей дуоденальной язве

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

Сургут

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

Вопрос хирургического лечения гастроуденальных язв, осложненных кровотечениями, остается актуальным в связи с неоднозначностью существующих тактических

подходов, а также использования различных технологий выполнения гемостаза. Существенное уменьшение плановых операций по поводу гастроуденальных язв, успехи внутрископической эндоскопии в достижении надежной остановки кровотечения и профилактике его рецидива привело к возникновению определенных проблем в случае неэффективности указанных технологий. Это относится прежде всего к радикальным вмешательствам, выполняемым на высоте рецидивного гастроуденального кровотечения, что ассоциируется с показателями послеоперационной летальности от 25 до 75%. Достижения современной интенсивной терапии сместили акцент неблагоприятных исходов с недостаточной компенсации кровопотери на развитие ранних послеоперационных осложнений, прежде всего связанных с несостоятельностью швов, послеоперационным панкреатитом, вторичным перитонитом и абдоминальным сепсисом. В отношении риска развития несостоятельности швов наиболее проблематичным представляется этап закрытия культи ДПК при выполнении резецирующего вмешательства, особенно при пенетрирующей и низкой дуоденальной язве больших размеров. Частота несостоятельности швов при этом может достигать 25%, а при выполнении вмешательства на высоте кровотечения – и больших значений. Признано, что известные методы профилактики несостоятельности культи ДПК недостаточно эффективны в связи с вариабельностью механизмов ее возникновения. Цель работы: оценить эффективность профилактики несостоятельности культи ДПК при выполнении резекции желудка в модификации Бильрот-2 по поводу кровоточащей «проблемной» дуоденальной язвы с помощью использования системных и локальных донаторов фибриногена. Материалы и методы: Анализируется 16 случаев резекций желудка по Бильрот-2 в различных модификациях, выполненных в экстренном и отсроченном порядке по поводу кровоточащей язвы ДПК за период 2008-2018 гг. Во всех случаях источником кровотечения была хроническая низкая дуоденальная язва от 1/3 полуокружности ДПК до полного циркулярного язвенного поражения, расположенная в дистальных отделах луковицы ДПК и залуковичной зоне с пенетрацией в головку поджелудочной железы. При этом пенетрация сочеталась с субкомпенсированным или декомпенсированным стенозом ДПК у всех больных. 1 больной имел четыре осложнения одновременно (6,25%). Возраст пациентов варьировал от 36 до 82 лет, соотношение мужчин/женщин составило около 2:1. Всем

больным была выполнена дистальная резекция 2/3 желудка: по Бильрот-2 в одной из модификаций с наложением гастроэнтероанастомоза на короткой петле у 5, в т.ч. с микродуоденостомией (3), на длинной петле (9), по Ру (2). Укрытие культи ДПК у всех больных выполнялось на «открытой культе» способами Юдина, Сапожкова или Ниссена. Дополнительное укрепление швов культи пластиной «Тахокомб» проведено у 4 пациентов. Зона культи ДПК и язвенного пенетрата дренировалась многопросветными дренажами для активной аспирации. Все пациентам проводилась комплексная интенсивная терапия в ОРИТ, включавшая периоперационную антисекреторную терапию (октреотид, блокаторы протонной помпы), системные донаторы фибриногена (СЗП) с учетом клинико-лабораторных показаний. В 9 случаях нами была применена временная «пломбировка» язвенного кратера биодegradуемым материалом – локальным донатором или концентратом фибриногена (гемостатическая губка различного состава). Результаты и их обсуждение: У всех пациентов имела место внутрибрюшинная панкреатическая секреция с поверхности язвенного кратера по типу «капель росы», в т.ч. у 2 – существенное, с видимым сливанием мелких капель секрета. Дебит перитонеальной жидкости из зоны пенетрата по активным дренажам в раннем послеоперационном периоде составил от 200 до 850 мл/сут в течение 4-12 дней, при этом уровень амилазы в ней варьировал от 1800 Ед/л до 26000 Ед/л. При этом гиперамилаземия зарегистрирована только в 4 случаях (25%). Во всех случаях уровень амилазы крови не превышал референтные значения более, чем в 2 раза. Несостоятельность культи ДПК возникла у 3 больных(18,75%). В 2 случаях(12,5%) консервативное ведение привело к возникновению несформированного неполного дуоденального свища, закрывшегося в период 18-38 дней. У 1 пациента(6,25%) потребовалось проведение санационной релапаротомии с дуоденостомией и активным дренированием зоны несостоятельности культи ДПК. Умерло 2 больных, все от конкурентных причин, не связанных непосредственно с развитием ранних послеоперационных осложнений(12,5%). У пациентов, оперированных на фоне продолжающегося кровотечения или в ранние сроки после выполнения эндоскопического гемостаза, прогнозируется проблемное течение репаративных процессов в зоне наложения швов, прежде всего в области «сложной» культи ДПК. Во многом это связано с гипопротеинемией, гипофибриногенемией и гемической гипоксией. С теоретических позиций коррекция указанных

нарушений гомеостаза требует более активного применения как системных, так и локальных донаторов фибриногена. В этой связи у данной категории пациентов целесообразен более взвешенный подход к трансфузиям свежзамороженной плазмы, как основного источника экзогенных факторов свертывания, в т.ч. фибриногена. Локальное повышение концентрации фибриногена возможно как при использовании плазмодержащих гемостатических губок (локальные донаторы, амбеновые губки), так и при использовании гемостатических губок иного химического состава (желатиновые, коллагеновые), играющих роль локальных концентраторов фибриногена. Из 9 случаев пломбировки кратера гемостатической губкой, несостоятельность культи ДПК возникла у 2 пациентов(22%), что вероятно объясняется длительным агрессивным воздействием панкреатического секрета из мелких дефектов протоковой системы ПЖ в зоне пенетрата. Относительно более высокие показатели частоты несостоятельности швов ДПК у пациентов, которым мы выполняли пломбировку кратера язвы, чем в целом в изученной группе, могут быть связаны с относительно более тяжелыми техническими условиями при выполнении этапа укрытия дуоденальной культи. Наличие в язвенном кратере биодegradуемого материала, кроме фибриноконцентрации, может создать дополнительный защитный барьер швам культи ДПК, химически связывая агрессивные компоненты панкреатического секрета. Выводы: При выполнении резецирующего вмешательства по поводу кровоточащей хронической «проблемной» дуоденальной язвы одним из механизмов развития несостоятельности культи ДПК является внутрибрюшинная панкреатическая секреция из зоны язвенного кратера, не связанная с развитием тяжелого послеоперационного панкреатита. В комплексе интенсивной терапии у таких больных целесообразно проведение агрессивной антисекреторной терапии и более активное применение системных донаторов фибриногена (свежзамороженная плазма). В качестве дополнительного механизма защиты швов при «сложном» закрытии культи ДПК целесообразно использование систем длительной активной аспирации и пломбировки язвенного кратера гемостатической губкой, являющейся локальным донатором/концентратом фибриногена, в зависимости от ее химического состава

500. Послеоперационные и отдаленные результаты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью

Тотилов В.В., Тотилов В.В.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования: Улучшение результатов лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью. Материалы и методы исследования: В основу исследования положены результаты лечения 678 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. В зависимости от используемой тактики лечения, мы разделили больных на 2 группы. В контрольную клиническую группу вошли 236 (34,8%) пациентов в лечении которых применялась ранее разработанная в клинике пред- и интраоперационная тактика. В основную клиническую группу было включено 442 (65,2%) пациента в лечении которых использовалась разработанная в клинике новая лечебно-диагностическая программа и способы хирургического и комбинированного лечения. Выделенные группы больных репрезентативны по таким важным показателям как половой и возрастной состав, сроки с момента начала заболевания, наличие и структура сопутствующих заболеваний, степень тяжести физического состояния, локализация первичной опухоли, гистологическая структура опухоли, стадия опухолевого процесса. Результаты лечения. При сравнении результатов лечения контрольной и основной групп после всех этапов отмечено достоверное уменьшение числа летальных исходов (с 12,7% до 5,0%) и послеоперационных осложнений (с 38,5% до 21,3%) в основной группе. Разработанная лечебно-диагностическая программа, позволила повысить количество радикальных и циторедуктивных оперативных вмешательств с 88,1% в контрольной до 92,3% в основной группе и статистически значимо улучшить 5-летнюю общую выживаемость в сравнении с контрольной группой с 41,1% до 54,7% , снизить частоту местных рецидивов с 18,0% до 7,0% . Улучшить при II стадии рака толстой кишки, осложненного ОТКН 5-летнюю общую выживаемость с 56,7% до 72,6 % , безрецидивную выживаемость с 49,6% до 67,3% и канцерспецифическую выживаемость с 60,2% до 81,6% и при III стадии 5-летнюю общую

выживаемость с 27,1% до 41,1%, безрецидивную выживаемость с 17,1% до 33,8% и канцерспецифическую выживаемость с 29,9% до 46,5%. Заключение: Использование консервативных и малоинвазивных способов декомпрессии на первом этапе лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью, позволяет снизить количество летальных исходов, послеоперационных осложнений, увеличить число радикальных и циторедуктивных операций, а так же улучшить отдаленные результаты лечения.

501. Оптимизация флебологической помощи работникам железнодорожного транспорта

Комарова Л.Н.

Тюмень

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ, «НУЗ Отделенческая больница на ст. Тюмень «ОАО РЖД»

Актуальность. Хронические заболевания вен нижних конечностей, среди которых доминирует варикозная болезнь, представляют собой социально-экономическую проблему и в системе железнодорожной медицины. Многочисленные исследования свидетельствуют, что поражения венозной системы нижних конечностей разной степени выраженности встречаются и снижают качество жизни у 83,6% людей трудоспособного возраста. На железнодорожном транспорте занято более 2% трудоспособного населения России. Материалы и методы. Материалы: Медицинские карты амбулаторного больного, истории болезни хирургического отделения, сводные данные из отдела статистики «НУЗ Отделенческая больница на ст. Тюмень «ОАО РЖД». В работе были использованы следующие методы исследования: ретроспективный анализ информации, социологический, статистический, метод экспертной оценки. Полученные результаты. Ретроспективный анализ уровня и структуры заболеваемости работников Свердловской железной дороги (Свердл.ЖД) ст. Тюмень показал, что показатели первичной и общей заболеваемости варикозной болезнью работников железнодорожного транспорта остаются высокими, составляя в 2016 году соответственно 9,6 и 1,7 на

1000 работающего населения. Учитывая отсутствие каких-либо стандартизованных мероприятий по раннему выявлению варикозной болезни нижних конечностей у работников железнодорожного транспорта, угрожаемых по развитию данной патологии и её осложнённых форм, нами составлен алгоритм лечебно-диагностических мероприятий. Обсуждение. У работников железнодорожного транспорта кроме наследственного фактора имеется целый ряд предрасполагающих к развитию варикозной болезни факторов (длительные статические нагрузки, вибрации, ночные смены, напряжённость трудового процесса и др.). Выводы. Внедрение алгоритма лечебно-диагностических мероприятий и соблюдения этапности в системе оказания флебологической помощи работникам железнодорожного транспорта, способствуют раннему выявлению, мониторингу и лечению варикозной болезни.

502. Половая характеристика и возрастные особенности больных буллезной эмфиземой легких, осложненной спонтанным пневмотораксом

Нагаев А.С., Баландина И.А.

Пермь

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

На сегодняшний день встречается немалое количество публикаций, посвященных исследованию половых и возрастных отличий частоты возникновения и тяжести течения тех или иных заболеваний у человека. Так, немало примечательных фактов, связанных с полом, отмечено медицинской статистикой последних лет по эпидемиологии новообразований. Установлено, что опухоли таких относительно молодых филогенетически образований, как язык, гортань, легкие и пищевод, наблюдаются чаще у мужчин, а новообразования репродуктивной системы и щитовидных желез возникают чаще у женщин. Также во многих исследованиях было установлено, что от пола индивидуума зависит частота появления у него определенных врожденных пороков развития. В других случаях половой диморфизм по

заболеваемости и смертности пытаются расценивать как следствие социальных явлений: разных условий жизни и труда, употребления алкоголя и никотина, службы в армии, участия в войнах и т.д. Цель нашего исследования – составить половую и возрастную характеристику пациентам с буллезной эмфиземой легких, осложненной спонтанным пневмотораксом. Работа основана на анализе медицинской документации 242 пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной спонтанным пневмотораксом, проходивших обследование и лечение в отделении торакальной хирургии городской клинической больницы №4 г. Перми с 2010 по 2017 год. Возраст обследуемых варьировал от 18 до 89 лет. В данный период времени за медицинской помощью в клинику обратились 7 (2,89%) пациентов в возрасте от 18 до 22 лет, из них 5 лиц мужского пола и 2 – женского. Наибольшее количество заболевших (80,99% – 196 человек) были в возрасте от 23 до 44 лет: из них мужчин – 169 (подавляющее большинство), женщин – 27. В возрасте от 45 до 59 лет (средний возраст) за медицинской помощью в клинику обратились 27 больных (11,16%): 23 мужчины и 4 женщины. В пожилом возрасте (60-74 года) по поводу буллезной эмфиземы легких проходили обследование и лечение 10 пациентов – 4,14%. Старческий возраст отмечен у 2 пациентов (0,82%) 75 и 77 лет. Среди больных пожилого и старческого возраста были только лица мужского пола. Взаимосвязи стороны локализации булл в легком с полом или возрастом не наблюдалось. Двусторонняя форма буллезной эмфиземы из 242 больных отмечена у 1 женщины среднего возраста и у 1 мужчины пожилого возраста. Таким образом, буллезная эмфизема легких, осложненная спонтанным пневмотораксом, достоверно чаще диагностируется у лиц мужского пола в возрасте 23-44 лет.

503.Транспапиллярное эндоскопическое стентирование при билиарной гипертензии: возможности, ограничения, осложнения

Жданов А.В.(1), Корымасов Е.А.(2), Макаров И.В.(2), Навасардян Н.Н.(3)

Самара

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД»1) ГБУЗ СО «СГКБ №2 им Н.А. Семашко»2) Самарский государственный медицинский университет

Введение. Опухоли панкреатобилиарной зоны занимают 15% всех опухолевых заболеваний ЖКТ и сопровождаются механической желтухой, которая требует различных декомпрессионных вмешательств в качестве первого этапа лечения. В ряде случаев данное вмешательство является первым и единственно возможным паллиативным. Цель. Провести анализ эффективности транспапиллярных эндоскопических вмешательств при механической желтухе опухолевой этиологии. Материал и методы. За три года (2015-2017 гг.) было проведено 510 транспапиллярных вмешательств по поводу механической желтухи. Из них по поводу механической желтухи опухолевого генеза – 98. Возраст пациентов колебался от 45 до 96 лет. Уровень билирубина крови составлял от 40 мкмоль/л до 450 мкмоль/л. Все пациенты госпитализированы по экстренным показаниям. Преимуществами транспапиллярного вмешательства были: высокая диагностическая ценность; выполнение без хирургического доступа; отсутствие наружного дренирования желчных протоков с потерей желчи; восстановление естественный пассаж желчи; низкий риск осложнений 2-3%. Недостатки – невозможность выполнения при плотном опухолевом инфильтрате и стенозе ДПК. Среди 98 оперативных вмешательств были выполнены: 8 (7.8%) операций по поводу опухоли БДС, 51 (49.9%) – по поводу опухолей поджелудочной железы, 23 (22,5%) – в связи с холангиокарциномой на уровне ретро- и супрадуоденальной части холедоха, 11 (10,7%) – по поводу холангиокарциномы на уровне общего печеночного протока и 5 (4.9%) операций по поводу холангиокарциномы на уровне конfluence с разобщением долевых протоков. До активного внедрения транспапиллярных вмешательств методом выбора хирурга были операции с формированием билеодегистивных анастомозов, а также дренирующие операции. Однако частота

послеоперационных осложнений у данной группы пациентов оставалась на достаточно высоком уровне. У 30% пациентов наблюдалось выпадение дренажа, либо формирование стойкого наружного желчного свища в ближайшие 1-2 мес. после операции, что существенно ухудшало качество жизни больного. Эндоскопическое стентирование выполнялось в экстренном порядке пластиковым стентом 8,5-12 fr или нитиноловым саморасширяющимся стентом диаметром 10 мм. У пациентов с высокими цифрами билирубин и наличием признаков холангита выполнялось назобилиарное дренирование желчных протоков. Результаты и обсуждение. Успех выполнения эндоскопической декомпрессии билиарного тракта составил 95% от общего количества пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии. Неудачи были обусловлены запущенностью онкологического процесса до появления стеноза ДПК, что не давало возможности проведения аппаратуры к области БДС. Кроме того в число неудач вошли пациенты с крупными парафатеральными дивертикулами ДПК. У всех эндоскопически оперированных пациентов удалось разрешить механическую желтуху. У одного пациента с высокой холангиокарциномой развился острый панкреатит с исходом в панкреонекроз. У двоих пациентов наблюдалось послеоперационное кровотечение после выполнения ПСТ. В обоих случаях кровотечение было остановлено консервативно. Таким образом, частота осложнений составила 2.9% Вывод и рекомендации. Эндоскопическое стентирование желчных протоков является относительно безопасным методом декомпрессии билиарного тракта и соответствует физиологии желчеоттока. Метод можно применять, как вариант паллиативной помощи, так и в качестве предоперационной подготовки. При наличии материально-технической базы и подготовленных специалистов эндоскопическая декомпрессия желчных протоков может быть выполнена практически в 100% случаев.

504. Пути оптимизации внебольничной хирургической помощи

Титаренко И.В., Бондарева Ю.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение "Городская поликлиника № 37",
Центр амбулаторной хирургии

Вопрос о необходимости совершенствования и развития внебольничной помощи населению неоднократно был поднят на совещании президента России и Министерства здравоохранения за последний год. С этих позиций заслуживает внимания опыт работы Центра амбулаторной хирургии (ЦАХ), созданного на базе хирургического отделения городской поликлиники № 37 в 1992 году. За истекший период в ЦАХ проведено 27 675 оперативных вмешательств. Из них 12 227 операций выполнено у пациентов с патологиями кисти и пальцев, 1 812 по поводу доброкачественных образований кожи и подкожной жировой клетчатки, 327 с варикозной болезнью нижних конечностей, 419 с грыжами передней брюшной стенки и, 197 с деформациями стопы и 12 693 операций больным с гнойно-септической патологией. В раннем послеоперационном периоде было зарегистрировано 27 осложнений, которые были устранены без госпитализации больных в стационар. За двадцатипятилетний срок работы ЦАХ прошли обучение более 1000 слушателей по актуальным вопросам амбулаторной хирургии. Оптимизация хирургической помощи в Центре амбулаторной хирургии в 2013 году в связи с переходом ЦАХ на работу по медико-экономическим стандартам и введением стимулирующих проектов позволило существенно увеличить объем оказания медицинских услуг и рост заработной платы сотрудников. ЦАХ успешно функционирует благодаря кадровым и техническим возможностям, разработкой и внедрением инновационных методов лечения. Однако, по нашему опыту, в условиях городских поликлиник отсутствует должная готовность к дальнейшему ведению больных и проведению реабилитационных мероприятий. Это является основной причиной неудовлетворенности пациентов результатами хирургического лечения и иницированием жалоб, возникновение которых нередко связано с нарушением межврачебных этических норм. Одним из путей выхода из

сложившейся ситуации, по нашему мнению, служит повышения уровня знаний врачами-хирургами городских поликлиник путем посещения профессиональных конференций, семинаров, курсов усовершенствования в системе непрерывного медицинского образования. Таким образом, стационарозамещающие операции, проводимые в ЦАХ, имеют ряд преимуществ перед стационарной хирургией: - подготовка к операции, выполнение операции и послеоперационное лечение пациента осуществляется одним врачом; - отсутствие внутригоспитальной инфекции; - отсутствие психологического фактора госпитализации- пациент в послеоперационном периоде находится в привычных для себя домашних условиях; - уменьшение сроков нетрудоспособности; - сокращение материальных затрат

505. Лапароскопическая холецистэктомия и причины конверсий при ее выполнении

*Тарасенко С.В. (1,2), Зайцев О.В. (1,2),
Кузнецова А.С. (2), Тюленев Д.О. (1,2)*

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ им. И.П. Павлова (1),
ГБУ РО ГК БСМП (2)

Актуальность исследований: Лечение пациентов с ЖКБ лапароскопическим способом является самым распространенным в настоящее время, поэтому анализ проводимых операций позволит установить основные причины конверсий и разработать приемы для завершения вмешательства лапароскопическим способом. Цель исследований: улучшение результатов хирургического лечения у больных ЖКБ. Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГБУ РО ГК БСМП г. Рязань - ретроспективно. В хирургических отделениях находилось 5428 пациентов с ЖКБ, которым была выполнена холецистэктомия. Средний возраст больных составил 56,2 года, из них 3962 (72,9%) женщины и 1466 (27,1%) мужчин. Больным был проведен ряд диагностических исследований перед оперативным вмешательством- лабораторные анализы, УЗИ, ЭФГДС, так же при необходимости рентгенконтрастные и эндокопические

исследования гепатобилиарной системы. Лапароскопическим способом были прооперированы пациенты, у которых отсутствовали противопоказания к данному виду оперативного вмешательства и при проведении ультразвукового исследования удавалось верифицировать анатомические структуры желчного пузыря, в тех случаях, когда структуры не визуализировались вмешательство начиналось с диагностической видеолапароскопии. За выбранный период лапароскопическая холецистэктомия была выполнена 5003 пациентам (по срочным показаниям — у 767, отсроченная ЛХЭ — у 1268, плановая ЛХЭ — у 2968), из которых—256 технически трудных и 52 – синдром Мириizzi. Результаты: Были установлены самые частые причины конверсий: осложнения во время оперативного вмешательства, которые невозможно устранить лапароскопически (кровоотечение, повреждение желчных протоков); технические неполадки; анатомические особенности пациента; изменения диагноза во время операции; морфологические изменения (синдром Мириizzi, спаечный процесс, плотный инфильтрат). Выводы: 1. Анализ выполненных вмешательств позволил установить самые распространенные причины конверсий и позволит разработать комплекс мероприятий и технических приемов, направленных на избежание конверсий при лапароскопических холецистэктомиях. 2. Самые распространенные причины (синдром Мириizzi, плотный инфильтрат) не являются поводами для конверсий, и при использовании технических приемов операцию почти всегда удается завершить лапароскопическим способом.

506. Оценка эффективности и результатов лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами с использованием методики пластики внутреннего свищевого отверстия низведённым лоскутом слизистой

Топузов Э.Г., Шишкина Г.А., Тютюнников Д.А., Петряшев А.В., Топузов Э.Э.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность Хронический парапроктит - одно из наиболее распространенных колопроктологических заболеваний и составляет до 12% случаев госпитализации в стационар. Проблема хирургического лечения экстрасфинктерных параректальных свищей продолжает оставаться актуальной из-за высокой степени риска развития рецидивов и, как следствие, не всегда полноценной социальной адаптации пациентов. Существует целый ряд хирургических методов лечения экстрасфинктерных параректальных свищей. Однако, нет единого мнения о преимуществах того или иного метода. Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения методики пластики внутреннего свищевого отверстия низведённым лоскутом слизистой прямой кишки. Материал и методы Проведён анализ результатов лечения 53 пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами 3-4 степени сложности, которые проходили лечение в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опделя СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2014 по 2017гг. Всем больным были выполнены операции с иссечением стенки экстрасфинктерного свища до стенки прямой кишки и формированием из стенки кишки лоскута (слизисто-подслизистого или слизисто-мышечного) с последующим пластическим низведением сформированного лоскута и закрытием дефекта кишки на месте внутреннего свищевого отверстия. Результаты исследования В раннем послеоперационном периоде рецидивов свища выявлено не было. У 1 больного (1,9%) отмечалось временное снижение тонуса сфинктера, что проявлялось неудержанием газов, кал при этом удерживался. На фоне проводимой консервативной терапии тонус сфинктера восстановился, симптоматика инконтиненции регрессировала. Сохранялся умеренный болевой синдром в области ануса до 6 баллов по ВАШ (в среднем 4,2 балла по ВАШ) до 3-7 дней (в среднем до 5 дней). Для купирования болевого синдрома было достаточно

использования НПВС. Отдалённые результаты прослежены у 33 больных (62,3%). Осложнений и рецидивов у данных пациентов не выявлено. Признаков дисфункции запирающего аппарата, анальной инконтиненции выявлено не было. Выводы: Полученные результаты, в сравнении с результатами других методов лечения, позволяют нам рекомендовать применение методики пластики внутреннего свищевого отверстия низведённым лоскутом слизистой прямой кишки как метод выбора в хирургическом лечении экстрасфинктерных параректальных свищей.

507.Преимущества лапароскопического доступа в лечении перфоративных гастродуоденальных язв

*Праздников Э.Н. (1,2), Зинатулин Д.Р. (1,2),
Баранов Г.А. (1,2), Шевченко В.П. (1,2),
Налетов В.В. (2), Сизова А.Н. (1),
Светашов В.С. (1,2).*

Москва

1. ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»
Министерства Здравоохранения Российской
Федерации 2. ГБУЗ "ГКБ им братьев
Бахрушиных ДЗМ"

Актуальность. В настоящее время сохраняется высокая частота и распространенность язвенного поражения желудка и 12 перстной кишки. Большое клиническое значение имеет устойчивость H.pylori к антибактериальной терапии, длительное течение, частые рецидивирующие и трудноубующиеся язвы, являются основой высоких рисков развития осложнений таких, как кровотечение и прободение. Цель. Выявить преимущества лапароскопического доступа в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 190 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Возраст составил от 19 до 91 года, средний - 55 ± 18,3 года. Мужчин было 155 человек, женщин – 35. Все больные были разделены на 2 клинические группы: в первой клинической группе выполнялось лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, во второй - выполнялось ушивание лапаротомным доступом. В первую клиническую группу вошли 69 больных с перфоративной язвой луковицы 12

перстной кишки и 31 с перфоративной язвой желудка (суммарно 100 больных). Возраст в первой клинической группе составил от 21 до 91 лет, средний – 43 ± 12,3 года. Мужчин было 76, женщин - 24. Размеры язвенного дефекта от 4 до 18 мм, средний – 8,5 ± 2,6 мм. Длительность заболевания на догоспитальном этапе от 2 до 24 часов, 73 % больных поступило в стационар в период до 6 часов от начала заболевания. Во вторую клиническую группу вошли 66 больных с перфоративной язвой луковицы 12 перстной кишки и 24 с перфоративной язвой желудка (суммарно 90 больных). Возраст во второй клинической группе составил от 19 до 83 года, средний – 48 ± 15,1 года. Мужчин было 79, женщин - 11. Размеры язвенного дефекта от 3 до 15 мм, средний – 7,3 ± 2,2 мм. Длительность заболевания на догоспитальном этапе от 2 до 24 часов, 82 % больных поступило в стационар в период до 6 часов от начала заболевания. Результаты. В первой клинической группе продолжительность операции составила от 40 до 165 минут, средняя продолжительность 98 ± 24 минут (р ? 0,05). Реанимационный койко-день составил от 1 до 17, средний - 3,3 ± 1,7 (р ? 0,05). Послеоперационный койко-день - от 3 до 25, средний – 8,2 ± 2,1 (р ? 0,05). Осложнений в 1 группе - 12%, летальность - 4%. Во второй клинической группе продолжительность операции составила от 35 до 100 минут, средняя продолжительность 53,6 ± 7,9 минут (р ? 0,05). Средний реанимационный койко-день составил – 1,3 ± 0,4 (р ? 0,05), 29 больным госпитализация в реанимационное отделение не потребовалась. Послеоперационный койко-день составил от 2 до 8, средний – 4,6 ± 2,1 (р ? 0,05). Осложнений во второй группе – 2,4%, летальность - 0. При анализе степени выраженности эндогенной интоксикации оцененной на основании модифицированного и уровня малонового диальдегида в послеоперационном периоде отмечается, что значение Через 24 часа - лейкоцитарный индекс интоксикации в 1 группе составил в среднем 5,2 во второй – 1,7, уровень малонового диальдегида в первой – 3,6, во второй – 1,4. Через 48 часа - лейкоцитарный индекс интоксикации в 1 группе составил в среднем 3,5 во второй – 1,2, уровень малонового диальдегида в первой – 2,7, во второй – 1,1. Заключение. Использование лапароскопического доступа в лечении перфоративных гастродуоденальных язв позволяет не только уменьшить число осложнений и послеоперационную летальность, но и позволяет ускорить реабилитацию больных за счет снижения тяжести оперативной агрессии. Применение лапароскопического доступа позволяет снизить уровень эндогенной интоксикации в

послеоперационном периоде. Данный доступ обладает наилучшим косметическим эффектом, и позволяет в кратчайшие сроки восстановить трудоспособность пациента.

508.Изменения реологии желчи и внутрипротокового давления у больных острым билиарным панкреатитом

Белик Б.М. (1), Абдурагимов З.А. (1, 2),
Родаков А.В. (1), Тодоров С.С. (1), Погосян Л.М. (2)

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. В патогенезе острого билиарного панкреатита (ОБП) ключевую роль играет нарушение оттока желчи и панкреатического секрета, что неизбежно приводит к внутрипротоковой гипертензии (ВПГ) и изменению реологии желчи. Однако отсутствие объективного контроля за показателями внутрипротокового давления (ВПД) и физическими параметрами желчи, включая ее текучесть и вязкость, в значительной мере затрудняет выбор наиболее оптимального алгоритма лечения этой категории больных, касающегося, прежде всего, различных аспектов декомпрессии и санации желчевыводящих путей (ЖВП), определения способов и объема оперативного вмешательства, а также сроков его выполнения. Цель исследования: изучить изменения реологии желчи и показателей ВПД на этапах лечения больных ОБП. Материал и методы. Объектом исследования явились 55 больных ОБП, находившихся на лечении в МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период 2016-2017 гг. Этиологическими факторами развития ОБП явились у 35 (63,6%) пациентов холедохолитиаз (в том числе ущемление конкремента в устье большого дуоденального сосочка (БДС) или признаки отхождения конкремента), у 11 (20,0%) - микрохолелитиаз и билиарный сладж, у 7 (12,7%) - рубцово-стенозирующий папиллит и стриктуры терминального отдела холедоха и у 2 (3,6%)

больных - парафатериальные дивертикулы с перифокальным воспалением. Размеры конкрементов в холедохе варьировали от 3 до 12 мм в диаметре. Инструментальное обследование включало: ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы и ЖВП, эзофагогастродуоденоскопию с осмотром БДС, мультиспиральную компьютерную томографию, при необходимости – эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию и фистулохолангиографию. В связи с нарастающей гипертензией в желчных и панкреатических протоках пациентам в течение 24 часов с момента госпитализации осуществляли декомпрессию билиарного тракта с восстановлением оттока желчи и панкреатического сока. С этой целью у 49 (89,1%) пациентов выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, холедохолитоэкстракцию и назобилиарное дренирование, у 6 (10,9%) больных – чрескожную чреспеченочную холецистостомию или чреспеченочную холангиостомию под ультразвуковым контролем. После введения билиарного зонда в желчные пути ретроградным или антеградным доступом осуществляли измерение ВПД с помощью водного манометра Вальдмана по упрощенной методике В.В.Виноградова и соавт. (1964). При этом определяли исходное ВПД и остаточное ВПД (давление, при котором заканчивалось поступление введенного в желчные пути физиологического раствора). Манометрия желчных путей осуществлялась на всех этапах лечения ОБП вплоть до удаления билиарного зонда. Кроме того, в качестве объектов исследования использовались образцы желчи, изъятые из ЖВП через билиарный зонд в динамике лечения пациентов. Реологические испытания образцов желчи производили с помощью вискозиметра ВПЖ-2, предназначенного для определения кинематической вязкости жидкостей. Указанные образцы желчи также подвергали фазово-контрастной микроскопии, а также бактериологическому исследованию и хромато-масс спектрометрии (ХМСМ) с целью в верификации микробных маркеров. Результаты и обсуждение. У всех пациентов ОБП сразу же после установления билиарного зонда констатировали наличие ВПГ. При этом показатели исходного ВПД в общем желчном протоке варьировали от 189 до 372 мм вод. ст. (в среднем - $284,3 \pm 35,7$ мм вод. ст.). Величина остаточного ВПД также была повышена ($193,5 \pm 31,4$ мм вод. ст.). На фоне восстановления оттока желчи у больных ОБП, начиная с 1-2-х суток, отмечалось постепенное снижение остаточного ВПД

в холедохе, уровень которого в эти сроки соответствовал $175,9 \pm 28,2$ мм вод. ст. В последующем величина остаточного ВПД снижалась на 3-4-е сутки до $148,6 \pm 22,1$ мм вод. ст., на 5-7-е сутки – до $74,5 \pm 17,3$ мм вод. ст., что фактически соответствовало нормальным значениям. При исследовании первой порции эвакуированной желчи после декомпрессии билиарного тракта у всех больных ОБП имело место значительное сгущение желчи и увеличение ее кинематической вязкости ($69,1 \pm 3,5$ 10^{-6} м²/с). При микроскопии желчи во всех полях зрения в большом количестве выявлялись глыбки билирубината кальция, кристаллы холестерина, скопления слизи, лейкоцитов и цилиндрического эпителия. Также во всех полях зрения выявлялось большое количество бактерий и кандид, что подтверждалось результатами бактериологического исследования и данными ХМСМ. В условиях проведения декомпрессии и санационного лаважа билиарного тракта (изотонический раствор хлорида натрия с антибиотиками) у больных ОБП отмечалась четкая тенденция к улучшению реологии желчи, что подтверждалось снижением ее кинематической вязкости на 3-4-е сутки до $39,4 \pm 3,1$ 10^{-6} м²/с, на 5-7-е сутки – до $15,7 \pm 2,6$ 10^{-6} м²/с. На момент ликвидации клинико-лабораторных проявлений заболевания этот показатель колебался от 1,4 до 7,1 10^{-6} м²/с (в среднем $4,1 \pm 1,2$ 10^{-6} м²/с). В эти же сроки по данным микроскопии мазков желчи наблюдалась ликвидация микрохолелитиаза и билиарного сладжа, а также значительное уменьшение в полях зрения лейкоцитов, клеточного эпителия ЖВП и бактерий. Полученные нами результаты показали, что у больных ОБП нарушение адекватного оттока желчи и панкреатического сока всегда сопровождается развитием ВПГ, сгущением желчи и значительным повышением ее вязкости. При этом уровень повышения ВПД и степень вязкости желчи, а также скорость их регресса после декомпрессии билиарного тракта в значительной мере коррелируют с выраженностью и продолжительностью предшествующей обструкции ЖВП. Характерно, что у больных ОБП, несмотря на адекватную декомпрессию ЖВП, в течение 3-5 суток после выполнения миниинвазивных дренирующих вмешательств сохраняется повышенная вязкость желчи, обусловленная микрохолелитиазом и билиарным сладжем, что приводит к существенному ухудшению ее реологии и текучести по билиарному тракту и как следствие – задержке сроков ликвидации ВПГ. Кроме того, на фоне ремиттирующего клинико-лабораторного течения заболевания в эти сроки у больных имеет место

избыточная бактериальная контаминация билиарного тракта, что сопровождается вяло текущим инфекционно-воспалительным процессом в желчевыводящих и панкреатическом протоках. Результаты этих исследований позволили внести определенные коррективы в тактику лечения больных ОБП. Прежде всего, это касается продолжительности сроков проведения декомпрессии и санации билиарного тракта после выполнения миниинвазивных дренирующих вмешательств, а также оценки их эффективности. Результаты этих исследований также позволяют у этой категории пациентов более объективно подойти к определению наиболее оптимальных сроков выполнения холецистэктомии (при наличии холецистолитиаза) с учетом характеристики реологии желчи, показателей ВПД и тяжести течения ОБП. Выводы. Применение методов объективного контроля за состоянием реологии желчи и показателями ВПД после дренирования билиарного тракта с помощью малоинвазивных вмешательств у больных ОБП позволяет более точно установить продолжительность сроков декомпрессии ЖВП, оценить эффективность их санации и определить дальнейшую лечебную тактику.

509. Хирургическая тактика у пациентов с колоректальным раком, осложненным субкомпенсированной кишечной непроходимостью.

Засорин А.А., Максимова К.И.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, НУЗ "Дорожная больница на ст. Свердловск-пассажирский"
ОАО РЖД

Актуальность проблемы. Колоректальный рак занимает одно из первых мест среди онкологической патологии в том числе по числу впервые выявленных случаев. Наиболее часто (26-69%) злокачественные новообразования толстой кишки манифестируют кишечной непроходимостью. Кроме того, отмечается высокая частота послеоперационных осложнений и летальности (23-52%). Цель исследования: улучшить

результаты хирургического лечения и качество жизни пациентов с колоректальным раком на стадии субкомпенсированной кишечной непроходимости. Материал и методы. На базе хирургического отделения НУЗ «Дорожная Клиническая больница «ОАО РЖД с 2011 по 2018 гг. находились на лечении 46 пациентов с субкомпенсированной толстокишечной непроходимостью в возрасте от 65 до 88 лет из них мужчин 16(34,8%), мужчин 30(65,2%). Под субкомпенсированной кишечной непроходимостью понимали: задержку стула и газов менее 3-х суток, на обзорной рентгенограмме определялись тонкокишечные арки, пневматоз и чаши Клойбера в правой половине живота; отсутствовали признаки полиогранных дисфункций. Результаты. Причинами непроходимости у всех пациентов были злокачественные новообразования толстой кишки. Локализация опухоли левой половины ободочной кишки выявлена в 31(67,4%) случае и прямой кишки 15(32,6%). %. Перечень обследования у этих пациентов включал в себя стандартные лабораторные исследования(общие анализы крови, мочи, биохимический анализ и электролиты крови), обзорную рентгенографию и УЗИ органов брюшной полости, КТ брюшной полости в ангиорежиме, выполнена, что позволяло установить причину непроходимости и ее локализацию, оценить регионарный. Фиброколоноскопия выполнена всем 46 пациентам с проведением морфологической верификации. Комплекс лечебных мероприятий начинался с консервативной терапии, которая включала в себя инфузионную терапию, очистительные клизмы, спазмолитики и анальгетики. Консервативная терапия была эффективна в течении 12 часов у 43(93,5%) пациентов. У 3 пациентов, где была не эффективной консервативная терапия в течении 12 часов была наложена кишечная разгрузочная стома. У остальных 43 пациентов после дообследования и морфологической верификации диагноза, предоперационной коррекции соматической патологии, а также электролитных и белковых расстройств, через 5-10 дней отсроченная радикальная операция. При наличии адекватного кровоснабжения по данным КТ-ангиографии и лазерной доплеровской флоуметрии оперативное вмешательство завершали формированием анастомоза. Раневые осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 3(7,3%) пациентов, был 1 случай несостоятельности анастомоза и выведением колостомы. Летальность исходов не было. Заключение. Комплекс лечебных мероприятий в подавляющем большинстве случаев консервативно разрешает субкомпенсированную

кишечной непроходимости и позволяет избежать выполнения экстренной операции. Это даёт возможность использовать подготовленного пациента к отсроченному оперативному лечению. Применение КТ-ангиографии и лазерной доплеровской флоуметрии в случаях ликвидации субкомпенсированной кишечной непроходимости позволяет выполнить радикальную операцию с формированием первичного анастомоза, без наложения превентивной кишечной стомы.

510. Опыт закрытия ран крестцово-копчиковой области перемещенным лоскутом методом встречных треугольников после иссечения рецидивного пилонидального синуса

Карукес Р.В., Чернышёв А.А., Калинин И.А.

Ростов-на-Дону

НУЗ ДКБ на ст.Ростов-Главный ОАО РЖД

Введение Пилонидальный синус, известный еще как эпителиальный копчиковый ход, является хроническим приобретенным заболеванием в области межъягодичной складки. Формирование данного заболевания связываю с вакуумно-помповым механизмом врастания волос через поврежденный эпителий. Распространенность составляет 8.3%. Мужчины чаще болеют и пик приходится на возраст от 20 до 30 лет. Разработано множество способов лечения, однако все методы имеют рецидивы. Не существует единственной общепризнанной модели операции. Рецидивы составляют от 5 до 21%. При рецидиве заболевания врач сталкивается с деформированной анатомической областью, с пектинозом и дефицитом мягких тканей и новыми свищевыми ходами. Цель исследования: Принимая во внимание зависимость частоты рецидивов от глубины межъягодичной складки и руководствуясь принципом без натяжной пластики, целью исследования является оценка эффективности разработанного пластического метода закрытия раны после иссечения рецидивного копчикового хода. Материалы и методы: В исследование включены мужчины и женщины, 18 пациентов, которым выполнена операция в условиях НУЗ ДКБ на ст.Ростов-Главный в 2014г. - 2017 гг. Всем

выполнялось рутинное амбулаторное обследование. В исследование включены только пациенты с рецидивом после предыдущих операций. Факторами исключения было наличие признаков нагноения, сахарный диабет. В предоперационном периоде выполнялась разметка перфорантов под УЗИ контролем. Операция выполнялась под спинальной анестезией или эндотрахеальным наркозом в положении на животе. Производилось прокрашивание каждого свищевого хода. Иссечение выполнялось на ширину межъягодичной складки единым блоком в форме остроконечного треугольника (ABC) с расположением свищей по центру, с целью удаление всей пораженной ткани и для создания более плоского углубления. Затем выполнялась разметка по длинному ребру треугольника, где расстояния от угла до точки «D», равнялось примерно основанию. От точки «D» диагонально под углом 60° по типу Z-пластики выкраивались два треугольных неравных лоскута с углами 60° и 45° соответственно. Лоскуты от фасции и смещаются зеркально, закрывая раневой дефект и донорский участок. Ушивание выполнялось в 2-3 слоя. Дренажи не применялись. Первые 2 суток полупостельный режим. Сроки наблюдения за больными составили 15,3 месяцев. Женщины 2 (11,1%), мужчины 16 (88,9%). Средний возраст больных составил 31,2 года. Средняя продолжительность оперативного пособия составляла 56 минут. Средняя продолжительность стационарного пребывания составила 4,7 дней. Размеры полученного раневого дефекта колебался от 6 до 11 см., в среднем составлял 7,6 см. Длительность нахождения на листке нетрудоспособности составило 15,8 дней. Во всех случаях достигнута без натяжная пластика с закрытием раны и уплощение межъягодичной складки. Основными осложнениями в послеоперационном периоде были: краевой некроз кончика лоскута - 1(5,5%), выполнено иссечение участка некроза под местной анестезией, инфицирование раны — 2 (11,1%), произведено снятие швов на малом протяжении. Болевой синдром купировался обычным приемом пероральных анальгетиков. Рецидивов в сроках наблюдения до 15 месяцев отмечено не было. Выводы: Оптимальный хирургический метод в настоящее время должен обладать радикализмом, адекватным пластическим эффектом, а так же снижать риск повторного рецидива заболевания с точки зрения этиологии патологического процесса. Ключевым переопределяющим фактором рецидива заболевания является сохранение глубины складки и сохранение волосяного покрова внутри нее.

Основными принципами пластического закрытия раны являются отсутствие натяжения, полное иссечение свищей и надежное укрытие раны хорошо кровоснабжаемой тканью. Данный метод обеспечивает низкий процент рецидивов, обоснован с анатомической точки зрения, и дает хороший пластический эффект. Однако стоит отметить что метод требует большего количества наблюдений и длительного периода оценки результатов, в частности в течение 5 лет.

511. Применение эндоваскулярных методов лечения острого тромбоза глубоких вен

*Суковатых Б.С.(1), Мурадян В.Ф.(2),
Середичкий А.В.(2,3), Морозов Ю.М.(3),
Азаров А.М. (2), Лапина А.А.(2),
Хачатрян А.Р. (2), Терещенко Р.Н. (2,3)*

Орел, Курск

ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет (1),
БУЗ «Орловская областная
клиническая больница» (2)
ФГБОУ ВО Орловский государственный
университет им. И.С. Тургенева,
Медицинский институт (3)

Актуальность: в Российских клинических рекомендациях консервативная тактика ведения пациентов с тромбозом глубоких вен общепринята. Однако в иностранной и отечественной литературе встречаются упоминания об эффективном применении интервенционных методов лечения – катетеруправляемого тромболиза под рентгенконтролем. Данные о сочетанном применении тромболиза, эндоваскулярной тромбэктомии, подразумевающей удалений плотных тромботических масс большого срока давности и новых пероральных антикоагулянтов (НОАК), отсутствуют. Цель исследования: оценить результаты лечения острого тромбоза глубоких вен консервативным методом и с применением эндоваскулярных технологий. Материалы и методы: проведен анализ лечения, лабораторного, флебографического и ультразвукового обследования 93 больных острым тромбозом глубоких вен. Больные были разделены на три

однородные группы. 35(37.6%) пациентов вошли в первую группу, им проводилась стартовая терапия гепарином, после начала парентеральной антикоагулянтной терапии назначался варфарин. Вторую группу составили 34(36.55%) пациента, которым применялись миниинвазивные эндоваскулярные методы лечения: больным выполнялся селективный катетеруправляемый тромболизис препаратом Урокиназа и эндоваскулярная тромбэкстракция устройством Aspirix Straub различного диаметра катетера, от 8 до 10 F. До и после вмешательства всем пациентам назначался ривароксабан в дозировке 30 мг в сутки. В третью группу вошли 24(25.8%) пациента которым выполнялся катетеруправляемый тромболизис препаратом Урокиназа и эндоваскулярная тромбэкстракция устройством Aspirix Straub. Пациенты этой группы получали при поступлении гепарин, после вмешательства – варфарин. Варфарин и ривароксабан применялся на протяжении не менее 6 месяцев после выписки на амбулаторном этапе. Динамику оценивали по данным флебографии, ультразвукового исследования, регрессу основных синдромов через 6 месяцев. Результаты: Рецидив венозного тромбоемболизма выявлен у 2 (5,7%) пациентов первой группы на амбулаторном этапе лечения. Развитие тромбоемболических осложнений не зафиксировано во второй и третьей группе. Геморрагические осложнения развились у 8 (22,9%) пациентов первой группы и у 3(12.5%) пациентов третьей группы, у пациентов второй группы не встречались. После окончания лечения реканализация тромбированных вен произошла у 23 (65,7%) пациентов в первой, у 26 (76,5%) - во второй группе и у 17 (70,8%) пациентов третьей группы. Проявления хронической венозной недостаточности отсутствовали или были в легкой степени у 23 (65,7%) пациентов в первой, у 27 (79,4%) - во второй группе и у 18 (75%) в третьей группе. Обсуждение: следовательно, применение миниинвазивных эндоваскулярных способов лечения тромбированных вен позволяет улучшить клинические результаты лечения, уменьшить возможность развития посттромботического синдрома и рецидива венозного тромбоза. 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: использование современных возможностей эндоваскулярных технологий диагностики и лечения острого тромбоза глубоких вен позволяет

улучшить результаты лечения и открывает новую страницу в изучении данной патологии.

512. Оптимизация результатов хирургического лечения рака правой половины ободочной кишки.

Луцевич О.Э.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ
им.А.И.Евдокимова, ЦЭЛТ

Злокачественные поражения правых отделов ободочной кишки являются одной из наиболее актуальных в практической колопроктологии. Частота поражения этих отделов (слепая, восходящая ободочная кишка, печеночный изгиб и проксимальная треть поперечно-ободочной кишки) составляют, по данным некоторых авторов, до 35-42% от всех опухолей толстой кишки. Хирургическая тактика при локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки достаточно хорошо известна, а технические аспекты операции «выбора» - правосторонней гемиколэктомии – отработаны в мельчайших деталях, как в открытом, так и лапароскопическом варианте. Дискуссионными остаются несколько вопросов: оперативный доступ (лапаротомия или лапароскопия), объем хирургической агрессии (и в первую очередь – объем лимфодиссекции), способ мобилизации сосудистых и лимфатических структур (латеро-медиальный или медиа-латеральный), а также способ формирования и вид илео-транsverзоанастомоза. Обсуждение способа формирования анастомоза актуально при выполнении лапароскопического или эндоскопически-ассистированного вмешательства: внутри брюшной полости (интраабдоминально) с использованием сшивающих эндоскопических аппаратов и ручного шва, или экстраабдоминально (снаружи) – через минилапаротомный доступ с использованием ручного шва. Не менее важным нам представляется обсуждение вида анастомоза – «конец в бок» или «бок в бок», а также характер шовной методики: однорядный, двухрядный или аппаратный шов. В свете последних новомодных течений (в частности, fast-track) может также обсуждаться вопрос о необходимости

дренирования брюшной полости после операции. Располагая опытом лечения 470 больных в возрасте от 32 лет до 91 года (медиана 70,5 лет) с опухолевым поражением правых отделов ободочной кишки, которым с 1995 года была выполнена правосторонняя гемиколэктомия в комбинированном (с использованием минилапаротомии) лапароскопическом варианте, мы пришли к определенным выводам по перечисленным спорным вопросам. 1. Лапароскопический доступ является преферентным при правосторонней локализации опухолевого процесса ободочной кишки, даже в случаях местнораспространенного рака, требующего дополнительных мероприятий (резекция тонкой кишки, брюшины и мышц передней брюшной стенки, удаление сальника, паранефральной клетчатки и т.п.). Исключение составляют опухоли больших размеров, для извлечения которых требуется широкий лапаротомный доступ (по нашим данным, менее 1%). Использование современных видеокамер высокого разрешения и аппаратов эндоскопического гемостаза и диссекции тканей (УЗ-ножницы, Лига-шу, Энсил и др.) существенно облегчают практически все мобилизационные этапы операции. Кроме того, малотравматичные эндохирургические вмешательства абсолютно адекватны в плане объема диссекции, позволяют значительно сократить сроки выздоровления и полной реабилитации больных, сопровождаются меньшим числом осложнений и лучшим косметическим эффектом. 2. Лимфодиссекция в объеме D2 в большинстве случаев оказывается вполне адекватной, и метастатическое поражение лимфоузлов третьего уровня было установлено только у 2,4% больных. Следует отметить, что большинство из них уже имели диагностированные отдаленные метастазы в печень и по брюшине. 3. Латеро-медиальный путь мобилизации брыжейки мы использовали в первые годы работы (около 150 пациентов). В настоящее время предпочтение отдаем медиа-латеральному типу мобилизации сосудистых структур, позволяющему избегать инструментального контакта с опухолью (профилактика контактного и лимфо-венозного метастазирования во время операции), выполнять лимфодиссекцию в объеме D2-D3, и сокращающего операционное время. Практически в объем всех вмешательств мы включаем гемииоментумэктомию. 4. Формирование илео-трансверзоанастомоза мы предпочитаем выполнять снаружи (экстракорпорально), через минилапаротомный доступ после извлечения мобилизованного и подлежащего резекции участка кишки с опухолью.

Как правило, минилапаротомный доступ выполняли в наиболее удобной точке в правом мезогастррии, рассекая кожу параретально или в поперечном направлении, разводя мышцы тупым путем; реже для извлечения препарата и формирования анастомоза использовали уже имеющийся старый аппендикулярный доступ. Срединный доступ практически не использовали. Размер минилапаротомии определяется только размером самой опухоли, составляя от 5 до 10 см, в среднем 6-7 см; технических трудностей при формировании экстракорпоральных анастомозов мы не отметили. У 4 больных были сформированы интракорпоральные анастомозы аппаратным швом (Эшелон 65) с ручным ушиванием отверстия кишки от бранш. Этот небольшой опыт убедил нас в правильности выбора экстракорпорального шва (проще и существенно дешевле), тем более что для извлечения большого препарата все равно потребовалась минилапаротомия. 5. При формировании кишечного анастомоза мы принципиально используем однорядный непрерывный инвертированный шов рассасывающейся нитью Викрил 3\0 с прецизионным сопоставлением слизистой оболочки обеих кишок. У 212 больных был сформирован погружной антирефлюксный илео-трансверзоанастомоз «конец в бок» однорядным инвертированным рассасывающимся швом, в двух наблюдениях отмечены осложнения: у 1 больного на 3 сутки после операции развилась несостоятельность анастомоза, была выполнена лапароскопическая резекция анастомоза и наложение соустья «бок в бок» ручным экстракорпоральным швом. Еще у 1 пациента через 3 года после операции сформировалась стриктура анастомоза до 0,7 см, потребовавшая эндоскопической баллонной дилатации соустья. В последнее время мы отдаем предпочтение экстракорпоральным изоперистальтическим анастомозам по типу «бок в бок». Каких-либо осложнений со стороны анастомоза почти у 260 больных мы не отметили. 6. После операции мы всегда выполняем дренирование брюшной полости одним дренажом на 2-3 суток (чаще в малый таз, реже – в правый латеральный канал или к анастомозу). Именно наличие дренажа позволило достаточно рано (на 3 сутки) диагностировать у пациента развившуюся несостоятельность кишечного анастомоза и своевременно выполнить эффективное малоинвазивное пособие. Результаты операций. Продолжительность оперативного вмешательства составила от 65 до 150 минут, медиана 92 мин. Использовали стандартную технику 4 троакарных доступов (два 10-мм, два 5-

мм), при необходимости расширенной мобилизации добавляли еще один 5-мм троакар. Тяжелых интра- и послеоперационных осложнений мы не отметили. Дренаж брюшной полости удаляли на 2-4 сутки при отсутствии или минимальном количестве сукровичного отделяемого. Энтеральное питание больным назначали с первых послеоперационных суток, с ограничениями по качеству продуктов (легкоусвояемая в тонкой кишке пища). Сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре составили от 4 до 7 суток, в среднем 5,3 суток. Таким образом, комбинированная лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия является высокоэффективным (а в большинстве случаев приоритетным) методом лечения рака правой половины ободочной кишки, позволяющим существенно улучшить результаты хирургического лечения этой категории больных, особенно лиц пожилого и старческого возраста. Выполнение изложенных выше предложений будет способствовать оптимизации как технических трудностей самого вмешательства, так и материальных затрат на лечение.

513. Эпидемиология хронических заболеваний вен в России: результаты первого российского популяционного исследования

*Золотухин И.А., Селиверстов Е.И.,
Шевцов Ю.Н., Авакьянц И.П.*

Москва

- 1) ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,
- 2) ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница»

Цель. Хронические заболевания венозной системы нижних конечностей служат предметом активного изучения на протяжении многих десятилетий. Ни в России, ни ранее в СССР, не было проведено ни одного популяционного исследования распространенности ХЗВ. Исходя из этого можно констатировать, что, несмотря на кажущуюся изученность проблемы, данные о распространенности ХЗВ в нашей стране

отсутствуют. В связи с этим целью настоящей работы мы определили изучение распространенности хронических заболеваний вен. Материалы и методы исследований. Проведено одномоментное популяционное исследование распространенности ХЗВ у лиц в возрасте 18 лет и старше. Обследованы жители Крюковского сельского поселения Борисовского района Белгородской области в июле-августе 2015 г. Клинический осмотр, сбор анамнеза и ультразвуковое дуплексное ангиосканирование проходило как при активном обращении жителей в фельдшерско-акушерский пункт, так и во время подворового обхода. Для определения заболевания использовалась классификация CEAP. Результаты. Из 796 жителей возраста 18 лет и старше мы обследовали 703 (88%) человек. Средний возраст участников исследования составил 53.5 лет. Среди обследованных было 443 (63%) женщин и 260 (37%) мужчин. Симптомы и/или признаки хронических заболеваний вен были обнаружены у 487 (69.3%) человек. Абсолютное большинство осмотренных жителей принадлежало к славянской этнической группе (русские, украинцы). Варикозную болезнь выявили его всего у 29% жителей. Наиболее частой нозологией ожидаемо оказались ретикулярный варикоз и телеангиэктазии – 34.1% наблюдений. Посттромботическая болезнь обнаружена у 1,4% населения, функциональная венозная недостаточность – у 4.5%, флебодисплазия – у 0.1%. Патологический рефлюкс крови в поверхностных и перфорантных венах диагностировали у 29.3% человек. Частота выявления субъективной симптоматики ХЗВ составила 36.8% среди жителей сельского поселения, которые предъявляли жалобы на боли, тяжесть, утомляемость и другие симптомы венозного генеза. Заключение. Это исследование является первым по определению распространенности ХЗВ с учетом нозологических различий в общей популяции России и, насколько нам известно, на территории бывшего СССР. Распространенность ХЗВ и ее нозологических вариантов выглядит высокой, что необходимо принимать во внимание в условиях практического здравоохранения при планировании различных аспектов оказания медицинской помощи. Общая распространенность ХЗВ, частота развития субъективных симптомов и осложнений заболеваний венозной системы в целом ниже известных из мировой литературы данных.

514.Лапароскопия при остром аппендиците у беременных

*Турбин М.В., Колесниченко А.А., Чувиллов М.И.,
Габызян З.Х.*

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону

Для компиляции опыта диагностики и лечения острого аппендицита у беременных проанализировано 35 историй болезни пациенток с различными сроками гестации, которым в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону за период с 2010 по 2017 гг. выполнялась лапароскопия при подозрении на острый аппендицит. В исследуемую группу вошли пациентки в возрасте от 18 до 39 лет со сроком беременности от 7 до 26 недель. При выполнении лапароскопии диагноз острого аппендицита был подтвержден у 80% больных (28 пациенток). Одной из них (в сроке 26 недель) выполнена аппендэктомия из мини-доступа по Волковичу. Острая хирургическая патология была интраоперационно исключена у 5 беременных, установлен диагноз - кишечная колика. Перекрут и некроз жирового подвеса толстой кишки на лапароскопии в исследуемой группе был установлен у двоих пациенток (5,7%), выполнена была видеолапароскопическая резекция некротизированных подвесков. Актуальной проблемой для проведения диагностической лапароскопии беременным пациенткам является выбор адекватного оперативного доступа, так как с ростом срока беременности значительно возрастает риск интраоперационных осложнений, в том числе повреждения беременной матки. Для установки первого троакара рекомендуем использовать левую верхнюю точку Калька. При сроках беременности более 25 недель установка первого троакара производится в левом верхнем квадранте живота под визуальным контролем путем «открытой» лапароскопии, а не лапароцентеза. Лапароскопическую аппендэктомию проводили с лигатурным способом обработки культи аппендикса. При беременности более 25 недель необходимо выполнять диагностическую лапароскопию под лапаролифтингом. При визуализации воспаленного червеобразного отростка выполнялась аппендэктомия из мини-доступа. Катаральная форма острого аппендицита выявлена у 7,1% (2 пациентки), флегмонозная - у 21 (75 %), гангренозная - у 4 (14,3%), гангренозно-

перфоративная - у 1 пациентки (3,6 %). Типичное расположение аппендикса при его воспалении установлено у 12 беременных (43 %), тазовое - у 5 пациенток (18%), подпечёночное у 7% (2 больных), забрюшинное у 4 беременных (14%), ретроцекальное расположение - у 5 пациенток (18%). Осложнение острого аппендицита в виде местного серозно-фибринозного перитонита выявлено у двоих больных. В послеоперационном периоде лечение пациенток проводилось совместно с акушерами-гинекологами соответственно сроку беременности. Проведение сохраняющей терапии, направленной на снятие тонуса матки, позволило пролонгировать беременность у всех прооперированных женщин. Послеоперационных осложнений отмечено не было. Средние сроки стационарного лечения у данных беременных с острым аппендицитом составили 6 койко-дней. Лечение острого аппендицита у беременных в любом сроке гестации исключительно оперативное. В первом и втором триместрах беременности лапароскопическая аппендэктомия является эффективным методом хирургического лечения острого аппендицита у беременных, обеспечивая быструю реабилитацию пациенток, уменьшение количества послеоперационных осложнений и случаев угрозы прерывания беременности. В III триместре, когда применение карбоксиперитонеума противопоказано, возможно выполнять лапароскопию в условиях лапаролифтинга с последующей аппендэктомией из мини-доступа.

515. Метод оценки микроциркуляции низведенной кишки при брюшноанальной резекции прямой кишки

Линёв К.А.(1), Торба А.В.(2), Долгополов В.В.(1)

Луганск

- 1) ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет имени святителя Луки",
- 2) ГУ ЛНР "Луганский республиканский клинический онкологический диспансер"

Актуальность темы. Некроз низведенной кишки при брюшноанальной резекции (БАР) прямой кишки встречается очень часто, требует повторных вмешательств, стомирования пациентов. Интраоперационная объективная оценка кровообращения низведенной кишки, помимо визуальной оценки хирургом, является сложной задачей, так как исследование микроциркуляции *in vivo* требует трудоёмких методик и условий, несовместимых с интраоперационными. Материал и методы. Оценка микроциркуляции низведенной кишки выполнена интраоперационно у 38 больных, оперированных в объёме БАР прямой кишки, тотчас после низведения кишки через анальный канал. Исследование проводили лазерным доплеровским пикфлоуметром (ЛДП) «BLF-21» (США) с использованием датчика «тип Needle», который располагали в 1 мм от среза (конца) низведённой кишки. Определяли только показатель микроциркуляции (ПМ), измеряемый в перфузионных единицах (пф. ед.), который является интенсивностью отражённого светового сигнала от эритроцитов, циркулирующих в объёме 1мм³ исследуемой ткани. Интенсивность отражённого сигнала в пф. ед. зависит от количества движущихся эритроцитов, на чём основан метод исследования. В соответствии с дизайном исследования больные были разделены на две группы. Первую группу составили 33 пациента с благоприятным течением послеоперационного периода. У 5 больных произошёл некроз низведенной кишки, они вошли во вторую группу исследуемых пациентов. Полученные результаты. У пациентов первой группы (n=33) ПМ составил 9,18±1,63 пф. ед. Значения ПМ у пациентов второй группы (n=5) были следующие: 3,43; 3,55; 4,26; 4,78 и 7,61 пф. ед. со средним значением 4,10±0,73 пф. ед. Таким образом, во второй группе ПМ был в 2 раза ниже, чем в первой. Обращает внимание, что только у одного пациента второй группы ПМ имел значение более 7 пф. ед. Другими словами, у остальных

пациентов с ПМ менее 7 пф. ед. отмечался некроз низведённой кишки. Обсуждение. ЛДП не является сложным и трудоёмким методом оценки жизнеспособности низведенной кишки, может быть выполнена интраоперационно. Вывод. ЛДП при брюшноанальной резекции прямой кишки может применяться для оценки жизнеспособности низведенной кишки и прогноза её некроза. Необходима унификация данного метода исследования, влияющего на дальнейшую хирургическую тактику и выбор метода операции. Рекомендации. Применять ЛДП при БАР для оценки жизнеспособности низведенной кишки. При этом электрод "Needle" может быть стерилизован вместе с фиброволоконной оптикой, а само исследование занимает не более 5 мин.

516. Новые технологии в хирургии щитовидной железы

Ромашенко П.Н. (1), Майстренко Н.А.(1), Криволапов Д.С. (1), Пришвин А.П. (2)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
- 2) Многопрофильная клиника им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Современные алгоритмы диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) позволяют обосновывать показания к выбору варианта и методики оперативного вмешательства. Однако, единые подходы среди эндокринных хирургов выдерживаются не полностью, а критерии отбора больных для малоинвазивных операций остаются предметом дискуссии. Цель исследования – дифференцировать подход и определить показания к выбору варианта и методики малоинвазивных оперативных вмешательств при заболеваниях ЩЖ. Материал и методы. Для достижения поставленных целей проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 340 больных патологией ЩЖ. Все пациенты были прооперированы с применением наиболее целесообразных малоинвазивных оперативных вмешательств – неэндоскопических (n=130) и эндоскопически-ассистированных (n=100) из шейных минидоступов,

а также эндоскопических из подмышечного доступа и параареолярных (n=110). Результаты обследования пациентов в рамках существующих протоколов позволили сформулировать следующие показания к хирургическому лечению: фолликулярные неоплазии (n=173/50,9%), узловой нетоксический зоб и аутоиммунный тиреоидит с компрессионным синдромом (n=61/17,9%) и (n=2/0,6%), соответственно, токсическая аденома (n=31/9,1%), диффузный токсический зоб (n=13/3,8%), папиллярный и фолликулярный рак ЩЖ (n=60/17,7%). Результаты исследования. Изучение объема оперативных вмешательств позволило установить, что тиреоидэктомия была выполнена у 117 (34,4%) больных, гемитиреоидэктомия – у 166 (48,8%), удаление доли ЩЖ – у 32 (9,4%), субтотальная резекция ЩЖ – у 25 (7,4%). Необходимость выполнения конверсии доступа вследствие интраоперационного кровотечения возникла у 3 (0,9%) больных при эндоскопических вмешательствах. Развитие осложнений после операции отмечено у 15 (4,4%) больных (при методике MIVAT у 5; ABVA – 5; MIT – 5). Односторонний парез гортани возник у 5 (1,5%) пациентов, гипопаратиреоз – у 7 (2%), гематомы в области операции – у 3 (0,9%). Все осложнения носили транзиторный характер. В результате оценки значимости влияния различных факторов на развитие интра- и специфических послеоперационных осложнений в группах эндоскопически-ассистированных и эндоскопических вмешательств установлено, что факторами риска выполнения конверсии доступа (n=3), развития парезов гортани (n=4) и гипопаратиреоза (n=4) являются признаки аутоиммунного тиреоидита, токсические формы зоба и выполнение центральной лимфаденэктомии при раке ЩЖ. При минимально инвазивных неэндоскопических вмешательствах осложнения были связаны с техническими трудностями при загрудинном расположении зоба и выполнении лимфаденэктомии. Критический анализ осложнений операции позволил определить критерии отбора пациентов для выполнения малоинвазивных вмешательств на ЩЖ. Выполнение эндоскопически-ассистированных операций показано при фолликулярных неоплазиях и коллоидных узлах диаметром до 40 мм при объеме ЩЖ не превышающем 20 см³. Эндоскопические вмешательства обоснованы при неопределенных и доброкачественных образованиях размером до 60 мм при объеме ЩЖ до 50 см³. Высокодифференцированный рак ЩЖ (T1N0M0) не является противопоказанием для применения указанных методик. Во всех остальных случаях за

исключением распространенного высокодифференцированного (?T3N1bM0), медулярного и недифференцированного рака ЩЖ, загрудинного расположения зоба показано выполнение минимально инвазивных неэндоскопических вмешательств. Таким образом, анализ основных оперативных вмешательств на ЩЖ, выполненных дифференцированно в условиях специализированного стационара, свидетельствует о преимуществах минимально инвазивных методик перед традиционными. В первую очередь это относится к снижению количества специфических осложнений, минимизации операционной травмы, уменьшению интенсивности болевого синдрома, потребности в проведении обезболивающей терапии, к значимому укорочению периода госпитализации и раннему восстановлению трудоспособности пациентов. При формировании показаний к выбору методики и варианта оперативного вмешательства целесообразно применять установленные критерии отбора.

517. Критерии выбора доступа для адреналэктомии при помощи дооперационной компьютерно-томографической навигации

Блюмина С.Г., Ромащенко П.Н.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Преимущества мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастным усилением в дифференциальной диагностике новообразований надпочечников (НП) перед другими методами лучевой визуализации не вызывают сомнений. Дискутабельной до настоящего времени остается целесообразность ее персонализированного использования в дооперационной навигации безопасного варианта хирургического доступа для адреналэктомии (АЭ), ввиду отсутствия четких лучевых критериев, основанных на анализе топографо-анатомических особенностей взаимоотношения супраренальных желез в условиях опухолевого роста при различных типах телосложения. Цель исследования –

определить КТ-критерии выбора рационального варианта хирургического доступа для АЭ с учетом индивидуальных особенностей пациента. Материалы и методы. На основании данных обследования и лечения 1383 больных хирургическими заболеваниями НП, проведена оценка результатов внедрения КТ-навигации доступа для АЭ. Эндовидеохирургические (ЭВХ) доступы применялись у 998 пациентов (72,2%). Продемонстрированы тактико-технические подходы определения показаний для ретроперитонеоскопических (РПС, n=734), лапароскопических (ЛПС, n=264), торакофреномиотомических (ТФТ, n=385) доступов АЭ. Полученные результаты. Для однопортовой РПС АЭ характерны КТ-критерии: право- и левосторонняя локализация новообразования НП у лиц мезоморфного телосложения, размеры новообразования ? 5 см, нижняя граница реберно-диафрагмального синуса (РДС) выше XII ребра, расположение НП с опухолью над верхним полюсом почки, ретрокавальная позиция (за нижней полостью веной) НП с опухолью. Показаниями к выполнению задней трехпортовой РПС АЭ является наличие следующих КТ-критериев: право- и/или левосторонняя локализация новообразования НП диаметром до 8 см у лиц с любым типом телосложения и расположения НП с опухолью (в том числе, ретрокавальная позиция); аденокортикальный рак (АКР) I и II стадии (T1-2N0M0), хромоафинома без признаков инвазивного роста и метастазирования. Передний ЛПС доступ к правому НП, ранее выполнявшийся у лиц брахиморфного телосложения с размерами новообразования до 8 см, после внедрения с 2013 года КТ-навигации, стал целесообразен лишь при симультанных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости. Выполнение ЛПС левосторонней АЭ нерационально в связи с высоким риском развития интра- и послеоперационных осложнений. Показаниями к ТФТ (торакофренолапаротомии, ТФЛТ) в 10-м межреберье являются следующие КТ-критерии: опухоль правого или левого НП более 8 см в диаметре; АКР III-IV стадии (T3-4N0-1M0; TхNхM1), злокачественная хромоафинома с признаками инвазивного роста или метастазирования. ЭВХ-технологии наряду с открытыми операциями позволяют выполнить адекватный объем оперативного вмешательства, обеспечивают малую травматичность выделения НП с новообразованием и его сосудов, а при злокачественных опухолях без признаков инвазивного роста в соседние органы дают возможность осуществить забрюшинную лимфодиссекцию. Рациональное использование

ЭВХ-технологий при НП за последние два десятилетия позволило избежать развития осложнений и летальности, обеспечить хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты лечения данной категории больных. Выполнение РПС АЭ с иссечением околопочечной клетчатки (верхний паранефрий) у больных АКР на I (T1N0M0) и II (T2N0M0) стадиях заболевания позволяет избежать развития осложнений во время и после операции, а также обеспечить 5-летнюю выживаемость у 100% оперированных больных, сопоставимую с выживаемостью пациентов после открытых АЭ. Вывод. Тщательный анализ полипозиционной КТ на предоперационном этапе позволяет осуществить навигацию оптимального варианта хирургического доступа для АЭ, а также избежать развития интра- и послеоперационных осложнений, минимизировать операционную травму, ускорить медицинскую и социальную реабилитацию больных.

518. Оценка качества жизни пациентов с ожирением до и после лапароскопических бариатрических операций

Аскерханов Г.Р. (1), Садыки М.Н. (1),
Аскерханов Р.Г. (2)

Махачкала; 2) Москва

1) ФБГОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет", 2) ГБУЗ "Московский клинический научно-практический центр" Департамента здравоохранения Москвы

Актуальность. Наиболее распространенными лапароскопическими операциями по снижению веса в настоящее время являются лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) и лапароскопическое гастрешунтирование (ЛГШ). Эффективность хирургических методов лечения ожирения определяется снижением массы тела (МТ), регрессом сопутствующих заболеваний и улучшением качества жизни (КЖ) пациентов, перенесших операцию. Цель исследования: оценить КЖ больных ожирением до и после ЛПРЖ и ЛГШ. Материал и методы: В Московском клиническом научном центре и в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова (г.Махачкала) с января

2012 г. по апрель 2016 г. хирургическому лечению по поводу ожирения было подвергнуто 424 больных. ЛПРЖ выполнена 264 (62,3%) пациентам, из них 208 (78,8%) женщин, 56 (21,2%) мужчин. ЛГШ в качестве первичной бариатрической операции выполнено 82 больным, что составило 19,3%. Критерием включения пациентов в исследование являлось морбидное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м², а также ожирение с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии одного или нескольких сопутствующих заболеваний. Критерии исключения: наличие оперативных вмешательств в анамнезе, беременность, отказ пациента от участия в исследовании. Согласно критериям, сформировано 2 группы пациентов в зависимости от вида перенесенной операции: 1) ЛПРЖ- 49 пациентов, средний возраст $44,4 \pm 11,0$ лет (от 25 до 67), средний ИМТ до операции $43,2 \pm 7,1$ кг/м² ($35,0$ - $63,3$ кг/м²); 2) ЛГШ- 38 пациентов, средний возраст $45,5 \pm 9,4$ лет (от 29 до 65), средний ИМТ до операции $49,5 \pm 8,1$ кг/м² (от $36,7$ до $68,8$ кг/м²). Для оценки динамики ИТ использовали показатели: индекс массы тела (ИМТ), процент потери избыточной массы тела (%EWL). Частоту сопутствующих заболеваний исследовали в %. КЖ оценивали до операции, через 12 и 24 месяца после операции методом анкетирования с одновременным использованием трех опросников: русскоязычной версии Short Form 36 (SF-36); системы оценки КЖ пациентов, перенесших бариатрическую операцию Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS), включающей опросник Moorehead-Ardelt Quality of Life; анкеты для больных гастроинтестинального профиля Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). Результаты и обсуждение: В результате анкетирования по опроснику SF-36 исходный уровень физического компонента КЖ в группе больных, перенесших ЛПРЖ, составил $36,44 \pm 7,1$, через 12 мес после операции $45,08 \pm 5,6$, через 24 мес – $50,35 \pm 5,5$. Исходный уровень физического компонента КЖ в группе пациентов, перенесших ЛГШ, составил $33,68 \pm 6,2$, через 12 мес- $48,79 \pm 6,3$, через 24 мес- $51,75 \pm 7,7$. По результатам анкетирования с использованием GIQLI и BAROS уровень КЖ после ЛПРЖ и ЛГШ так же был выше по сравнению с исходным ($p < 0,05$). Средний %EWL через 12 мес после ЛПРЖ $61,5 \pm 11,4\%$, через 24 мес- $63,6 \pm 13,2\%$. Средний %EWL через 12 мес после ЛГШ $61,1 \pm 15,4\%$, через 24 мес- $64,4 \pm 18,2\%$. У пациентов с ИМТ ≥ 40 кг/м² КЖ и %EWL через 12 и 24 мес после ЛГШ достоверно выше, чем после ЛПРЖ ($p < 0,05$). Среди пациентов с ИМТ от 35 до 40 кг/м² КЖ через 12 и 24 мес после ЛПРЖ по сравнению с ЛГШ достоверных различий не имеет. Частота

сопутствующих заболеваний до ЛПРЖ: сахарный диабет 2 типа (СД2) 22,4%, апноэ сна 14,3%, артериальная гипертензия (АГ) 40,8%, ГЭРБ 36,7%, боли в спине и суставах 46,9%; через 24 мес после ЛПРЖ: СД 2 – 14,3%, апноэ сна 8,2%, АГ 16,3%, ГЭРБ 20,4%, боли в спине и суставах 26,7%; до ЛГШ – СД 2 – 34,2%, апноэ сна 26,3%, АГ 44,7%, ГЭРБ 34,2%, боли в спине и суставах 60,5%; через 24 мес после ЛГШ: СД 2-13,2%, апноэ сна 7,9%, АГ 13,2%, ГЭРБ 15,8%, боли в спине и суставах 10,5%. Выводы: 1.Лапароскопические бариатрические операции являются эффективным методом борьбы с лишним весом, значительно улучшающим качество жизни пациентов. 2.Качество жизни у пациентов с ИМТ ≥ 40 кг/м² через 12 и 24 мес после ЛГШ выше, чем после ЛПРЖ. 3.У пациентов с ИМТ < 40 кг/м² через 12 и 24 мес после ЛПРЖ по сравнению с ЛГШ качество жизни не имеет статистически достоверных различий.

519.Радиочастотная абляция вен нижних конечностей: возможности и перспективы

*Кулакова А.Л.(1), Протасов А.В.(1),
Каптова З.С.(1), Голованев К.Е.(2)*

Москва

1) Российский университет дружбы народов, Медицинский Институт, 2) Федеральное медико-биологическое агентство Клиническая больница №85

Актуальность проблемы. Частота возникновения варикозной болезни (ВБ) нижних конечностей, по разным данным, составляет от 9% до 25 %. Заболевание поражает, преимущественно, работоспособную часть населения и ведет, в 10-45% случаев, к длительной нетрудоспособности и инвалидизации больных. За последние 15 лет, современные эндовазальные методы лечения (радиочастотная абляция (РЧА), эндовазальная лазерная абляция (ЭВЛА), стволовая склеротерапия(СТ)) стали альтернативой флебэктомии (ФЭ). Материалы и методы. В исследовании приняли участие больные ($n=112$) обоих полов (от 18 до 82 лет), 70% женщин, 30% мужчин. Давность заболевания в среднем составила 10 лет. Все больные были поделены на две группы:

исследуемую (1 группа), после РЧА и контрольную (2 группа), после ФЭ. На предоперационном этапе, УЗДГ-исследование проводилось с целью определения степени клапанной недостаточности, несостоятельности перфорантных вен, наличия патологических вено-венозных рефлюксов. Интраоперационное УЗДГ является обязательным для проведения всех эндовазальных методов лечения (РЧА, ЭВЛА, СТ). Послеоперационное УЗДГ-исследование вен нижних конечностей проводилось на 1, 5, 7 сутки, через месяц, через полгода, через год после операции на предмет наличия осложнений и для оценки качества оказанного лечения. Результаты. У 1ой группы больных возникли такие осложнения, как: аллергические реакции (1%), парестезия (3%), поверхностный тромбофлебит (ПТФ) (2%), послеоперационные гематомы (5%). Для 2ой группы больных характерно появление парестезии (5%), ПТФ (5%), гематом (20%). Рецидив заболевания после РЧА составил 2%, ФЭ- 8%. Обсуждение. Появление аллергических реакций при РЧА связано с применением тумесцентной анестезии, которая обязательна для всех эндовазальных тепловых методов лечения. По результатам лечения, РЧА является методом выбора у больных при отсутствии противопоказаний. Большое значение имеет диаметр вены (от 3 до 12мм), что обеспечивает техническую возможность операции. Рецидив заболевания после РЧА наблюдается значительно реже, чем при ФЭ. Выводы и рекомендации. Радиочастотная абляция вен- современный эндовазальный тепловой метод лечения варикозной болезни, который превосходит флебэктомии по результатам лечения. Для обеспечения наилучших результатов лечения, обязательным является интраоперационное УЗДГ, обеспечивающее прецизионность вмешательства.

520. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода в амбулаторных условиях

Маракуца Е.В., Монул С.Г.

Тирасполь

ГУ Республиканская клиническая больница

Актуальность: Эпителиальный копчиковый ход является распространенной проблемой у молодых людей и особенно у мужчин с глубокой ягодичной бороздой крестцово-копчиковой области и чрезмерным грубым оволосением тела. Хирургическое удаление ЭКХ с ушиванием раны или пластикой кожным лоскутом требуют послеоперационного постельного режима. Большинство пациентов - молодые люди, которым трудно соблюдать адекватный послеоперационный постельный режим из-за их работы. Цель исследования: Проанализировать эффективность амбулаторной хирургии эпителиального копчикового хода (ЭКХ), которая включает удаление хода и открытое лечение с перевязками на дому. Материалы и методы: В период с 2015 по 2017 год было прооперировано 27 пациентов (23 мужчины и 4 женщины) с хроническим ЭКХ в колопроктологическом кабинете консультативной поликлиники с помощью амбулаторной операции, состоящей из открытого удаления без ушивания кожи. Каждый из 27 пациентов имел узкий, простой, неосложненный ЭКХ (ширина менее 3 см). Процедура проводилась под местной анестезией. Окаймляющими разрезами иссекался ход в пределах здоровых тканей, включая волосы, содержимое хода и грануляционную ткань, после чего проводился туалет раны. Гемостаз был получен с помощью электрокоагуляции. Рану не ушивали, а просто закрывали фибриновой губкой или порошком альгината (Статин) с двойной целью гемостаза и облегчения боли. Пациентов отправляли домой после тщательного наблюдения за гемостазом в колопроктологическом кабинете. Последующие процедуры ежедневно проводились пациентами дома. Пациенты проводили орошения ран растворами антисептиков либо проточной водой и накладывали повязку с мазью Левомеколь. Никаких антибиотиков в послеоперационном периоде не было предписано. Пациентам было дано указание регулярно проводить депиляцию крестцово-копчиковой области. Мы позволяли пациентам вернуться к работе на следующий день после операции. Пациенты посещали нашу поликлинику для последующего наблюдения

примерно раз в неделю. Медицинские осмотры прекращались, когда рана становилась достаточно узкой (ширина менее 5 мм) или полностью эпителизовалась. Результаты: Средний послеоперационный период наблюдения составил 22,7 дня (от 15 до 28 дней), а среднее число повторных посещений составляло 4,2. Серьезных осложнений и рецидивов не отмечалось в течение длительного периода наблюдения в 32,5 месяца (от 1 до 48 месяцев). Во время последнего визита рана была узкой и линейной у 19 пациентов и полностью эпителизованной у 5 пациентов. Трое пациентов перестали посещать нашу поликлинику, когда рана была средней величины (4 x 1 см). У 24 пациентов осложнений не обнаружено. Незначительное кровотечение из послеоперационной раны было обнаружено у 2 пациентов. Один пациент испытывал постоянное, легкое чувство дискомфорта в крестцово-копчиковой области. Мы считаем, что эта операция с лечением послеоперационной раны на дому полезна для отдельных категорий пациентов с ЭКХ, так как сокращает время нетрудоспособности пациента и снижает медицинские затраты.

521. Можем ли мы повлиять реально на организацию хирургической службы и подготовку кадров?

Баулин А.А.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО, Центральная городская больница

Данные тезисы продиктованы призывом организаторов Форума и Главного хирурга МЗ РФ А.Ш. Ревивили принять участие в обсуждении этого вопроса. 1. В 80-е годы при кадровом и штатном дефиците нам удалось организовать помощь при экстренной патологии, создать упрощенные программы оказания помощи, укомплектовать диагностическими службами, 2. Академиком Петровским было доказано, что выгода от системы здравоохранения равна той прибыли, что приносит вся легкая промышленность,

но сейчас мы даже не советчики, а только наблюдатели и исполнители. 3. Стандарты лечения всё более превращаются не в отправные точки взаиморасчётов, а в систему подобной классической схемы унтерофировой вдовы «которая сама себя высекала» Сами создаём, сами вгоняем хирургию в стагнацию, сами себя и наказываем. 4. Хирурги не защищены, в первую очередь экономически, юридическая защита – не выдерживает никакой критики. Администрация и государство заинтересованы свалить проблемы напрямую на врачей. Это удобная формула, по принципу «моя хата с краю». 5. В МРБ дежурят хирурги в единственном числе, оказывают помощь по разным специальностям без сертификатов, оперируют в одиночку, во время операций некому переливать кровь. осуществлять помощь в приёмном отделении, диагностическое оснащение тоже на дежурном хирурге. Всё до поры, до времени. 6. Хирурги завалены «писаниной», под видом оптимизации и модернизации (как один известный человек сказал, думаю, с подачи помощников – «цифровизации») вынуждены до 40% времени сидеть за ПК, «забывать» данные, хотя эту проблему решили ещё в 70-х годах диктофонные центры. 7. Страховые эксперты превратились в церберов, которым не интересно, что вылечили тяжёлого больного – интересно оштрафовать за какой-нибудь пустяк. 8. Главные хирурги в областях были на штатной основе, активные хирургически, знали прекрасно обстановку в регионе, знали кого, куда и зачем послать на учёбу, а не набрать баллы, без них не решались специфические вопросы. Они были – ФИГУРАМИ. Во многих регионах не проводятся заседания хирургических обществ. 9. Подготовка превратилась также в формальную процедуру, раньше план ординатора занимал всего одну страницу, сейчас более 150, да в трёх экземплярах, подготовка не подкреплена конкретными штатами, преподаватели «стоят с протянутой рукой», чтобы попасть в операционные, юридически тоже должны «утрясать» вопросы с курацией больных и др. 10. Выгорание особенно болезненная проблема в хирургии по разным причинам (зарплата, боязнь ошибки, осложнения, незащищённость, непонимание руководства, личностные негативы, руководители чаще не хирурги, «административная паранойя»), она поразила и самую опытную и необходимую часть служб - сестёр. 11. С 70-х годов мы пытаемся добиться вносить коррективы в статистические отчёты, которые высвечивают важные вопросы. Актуальны они и сейчас. Например, умирают больные от экстренной патологии – нет разделения, что это смерть от продолжающегося процесса,

осложнений болезни или от инфаркта, инсульта, что спорно в плане танатогенеза; какую часть занимает эндохирургические методы, доля эндогемостаза и др. 12. Порой просто заставляют писать несуществующий диагноз под предлогом снижения летальности от какой-то категории болезней. Например, известная годами устоявшаяся смертность от сердечнососудистых заболеваний на уровне 60% снизилась до 48% и увеличилась смертность от заболеваний ЖКТ. 13. Не учитывается подготовка хирургов на местах, их профессиональные возможности, оснащение, «миллионники» растут, как грибы, потом всё бросают и перебираются в города. Машины «скорой помощи» колесят из одного района в другой, больных перегружают по дороге, часто доставка своим транспортом и др. 14. Закрыты хирургические диссертационные советы даже в крупных академиях и университетах, резко сократилось число соискателей. 15. Это только малая часть мыслей, которые заставляют огорчаться за нашу специальность. Много в нашей работе подходит под Ленинскую формулу: «формально правильно – по сути, ерунда». Остаётся надеяться.

522.Эпидемиология острого панкреатита у пациентов с сочетанной травмой

*Евсеев Р.М., Смолькина А.В.,
Морозов В.С., Барбашин С.И.*

Ульяновск

Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи

С начала 2000-х годов, по сравнению с 90-ми гг., количество сочетанных травм выросло в среднем на 25%. На данном слайде мы видим таблицу, где представлен уровень смертности россиян на 100 тыс населения в зависимости от заболеваний. Красным, как мы можем видеть, выделены «заболевания-лидеры». Среди них травмы занимают 3 место. Несмотря на успехи современной медицины, более трети больных данной категории погибают от различных осложнений в посттравматическом периоде. Развитие острого панкреатита значительно утяжеляет состояние больных в посттравматическом периоде и может явиться

непосредственной причиной смерти. Так как острый панкреатит - полиэтиологическое заболевание. По статистическим данным, причину его развития удается чётко верифицировать у 75-80% больных, тогда как у остальных она остаётся неустановленной. Среди причин развития панкреатита выделяют три тесно взаимосвязанные группы повреждающих факторов: 1. токсические - присутствие экзо- и эндогенных токсических метаболитов различной природы 2. нейрогуморальные - нарушение иннервации и метаболических функций поджелудочной железы и печени различной этиологии; 3. механические - нарушение эвакуации панкреатического секрета по протоковой системе поджелудочной железы. Если первые 2 причины изучены хорошо, то третья остается не до конца решённой проблемой. При изучении статистических данных, в Ульяновском областном клиническом центре специализированных видов медицинской помощи по отделению сочетанной травмы в 2014 году было госпитализировано 284 человека, в 2015 году - 337 пациентов и в 2016 году 386 пострадавших. В нейрохирургическом отделении в 2014 году с диагнозом Сочетанная травма было госпитализировано 38 человек, в 2015 году проходил лечение 51 пациент и в 2016 году 66 пациентом. В 4 травматологическом отделении в 2015 году - 8 человек, в 3 травматологическом отделении - 2. Из всех поступивших с сочетанной травмой более 50% было выполнено оперативное лечение, так в 2015 году из всех 398 пациентов выполнено 232 операции, что составило 58,3%. При данной патологии травма живота имела место у 54% случаев. При этом травма поджелудочной железы была выявлена только у 27% поступивших с травмой живота, что могло явиться причиной посттравматического панкреатита. Но у 22% пациентов, не имеющих травму поджелудочной железы, на 5-6 сутки был выявлен острый панкреатит со всеми его клиническими проявлениями. Для диагностики панкреатита в посттравматическом периоде применяли как лабораторные данные, так и инструментальные - УЗИ и КТ. При изучении причин острого панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой были выявлены рубцовые стриктуры и тромбоз селезёночной вены, наблюдали и распространения тромбоза и на воротную вену; эмболизация гастродуоденальной артерии и повышение абдоминального перфузионного давления. Таким образом, у пациентов с сочетанной травмой на 5-6 сутки в посттравматическом периоде у 23 % выявляется острый панкреатит, следовательно

необходимо проводить профилактику данного осложнения.

523. Антибиотикотерапия инфицированного панкреонекроза

Винокуров М.М.(1), Савельев В.В.(1),
Винокуров М.А.(1), Староватов (2),
Игнатъев В.П.(2)

Якутск

1) Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова; 2) Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи

Для обоснования и контроля проводимой противомикробной терапии у 50 пациентов с панкреатогенной инфекцией проведены 126 микробиологических исследований. Микрофлора обнаружена в 110 (87,3%) пробах. Выделено и идентифицировано 196 штаммов условнопатогенных микроорганизма. В 75 (59,5%) исследованиях выделена монокультура, в 51 (40,5%) ? микробные ассоциации. Двухкомпонентные микробные ассоциации выделены в 29 (23,1%), трехкомпонентные – в 17 (13,5%), четырехкомпонентные – в 5 (3,9%) пробах. Наивысшая высеваемость микроорганизмов наблюдалась в раневом отделяемом ? 97,4% и экссудате брюшной полости ? 96,0% положительных результатов исследований. В желчи и крови больных микроорганизмы выявлены в 77,7 и 63,6% проб, в моче и мокроте ? в 40,0 и 33,3% проб соответственно. Изучение видового состава выделенных микроорганизмов показало, что при панкреатогенной инфекции преобладает грамотрицательная флора, состава-вившая 69,3% от всех выделенных культур. Среди грамотрицательных бактерий преобладали неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГОБ): *Pseudomonas aeruginosa* – 31,1%, *Acinetobacter spp.* – 7,1%, семейство *Enterobacteriaceae*: *Klebsiella pneumoniae* ? 13,8% и *Escherichia coli* ? 10,2%. Грамположительная флора выявлена в 27,0% исследований. Преобладающими агентами среди грамположительных бактерий явились возбудители рода энтерококков, в частности, *E. faecalis* ? 11,2%, *E.*

faecium ? 8,2% и коагулазонегативные штаммы (CNS): *S. epidermidis* – 3,6% и *S. saprophyticus* ? 1,5%. Грибковая инфекция была в основном представлена *Candida spp.* и обнаружена в 3,0%. Определяющими факторами при выборе стартовых антибактериальных препаратов явились: тяжесть общего состояния больного и выраженность полиорганной недостаточности по интегральным системам-шкалам АРАСНЕ II, тяжесть физиологического состояния (ТФС), фаза эндогенной интоксикации (ЭИ), видовой и типовой состав микроорганизмов по результатам бактериологического исследования, доза и тип антибактериального препарата, длительность предшествующей антибиотикопрофилактики и терапии (АБПит), длительность нахождения больного в стационаре и/или ОРИИТ, а также наличие факта развившегося экстраабдоминального инфекционного осложнения. Таким образом, представляем 1 схему АБПит: Цефалеперазон/сульбактам (Монотерапия), показания: 1/ АРАСНЕ II < 20, ТФС < 7 баллов, 2/ I-II фаза ЭИ, 3/ отрицание приема антибиотиков на момент госпитализации и/или длительность лечения в хирургическом стационаре (ОРИИТ) менее 5 суток, 4) Отсутствие септических осложнений. 2 схема АБПит: ЦС III + Метронидазол или Пефлоксацин/Левопфлоксацин+Метронидазол (Комбинированная терапия), показания:1/ АРАСНЕ II < 20, ТФС < 7 баллов, 2/ I-II фаза ЭИ, 3/ Отрицание приема антибиотиков на момент госпитализации и/или длительность лечения в хирургическом стационаре (ОРИИТ) менее 5 суток, 4/ Отсутствие септических осложнений. 3 схе-ма АБПит: Имипенем/циластин, Эртапенем, Меропенем (Монотерапия), показания: 1/ АРАСНЕ II > 20, ТФС > 7 баллов, 2/ III-IV-V фазы ЭИ, 3) АБТ в анамнезе и/или длительность лечения в хирургическом стационаре (ОРИИТ) более 5 суток, 4/ Наличие септических осложнений, 5/ Повторные поступления в ОРИИТ. 4 схе-ма АБПит Цефепим/Метронидазол (комбинированная терапия), показания: 1/ АРАСНЕ II > 20, ТФС > 7 баллов, 2/ III-IV-V фазы ЭИ, 3/ АБТ в анамнезе и/или длительность лечения в хирургическом стационаре (ОРИИТ) более 5 суток, 4/ Наличие септических осложнений, 5/ Повторные поступления в ОРИИТ. Показанием к назначению 1-й и 2-й схем АБПит являлась тяжесть общего состояния и выраженность полиорганной недостаточности по интегральным шка-лам АРАСНЕ II < 20 баллов, ТФС < 7, I-II фаз ЭИ; отрицание приема антибиотиков на момент госпитализации и/или длительность лечения в хирургическом стационаре (ОРИИТ) менее 5 суток; отсутствие септических осложнений. Показанием к назначению 3-й и 4-й

схе-м АБПиТ являлась выраженность полиорганной недостаточности по интегральным шкалам APACHE II > 20, TFC > 7 баллов, III-IV-V фаз ЭИ; АБПиТ в анамнезе и/или длительность пребывания в хирургическом стационаре (ОРИИТ) более 5 суток; наличие септических осложнений; повторные поступления в ОРИИТ. Положительный клинический эффект получен при использовании всех 4-х представленных схем АБТ у больных с панкреонекрозом. Чувствительность выделенной микрофлоры к антибиотикам 1-й схемы отмечена в 84,7% выделенных культур, 2-й схемы - в 80,3%, 3-й схемы - в 94,3% и 4-й схемы - в 82,4%. Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы: на определенном этапе развития панкреатогенного сепсиса наступает борьба организма с нозокомиальной и условно-патогенной инфекцией, отличающейся высокой резистентностью к антибиотикам. Эффективность АБПиТ во многом зависит от правильного использования информации о микробиологической ситуации в конкретном хирургическом стационаре. Данные мониторинга резистентности нозокомиальной флоры к антибактериальным препаратам позволяют обеспечить обоснованный и адекватный режим эмпирической АБПиТ. При этом наиболее эффективными антибактериальными средствами в лечении панкреатогенного сепсиса являются препараты группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения (ингибитор защищенные).

524. Остановка кровотечения у больных с варикозно-расширенными венами пищевода и желудка

*Винокуров М.М.(1), Савельев В.В.(1),
Игнатьев В.П.(2), Винокуров М.А.(1),
Егорова В.В.(2)*

Якутск

1) Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова; 2) Республиканская больница №2- Центр экстренной медицинской помощи

Кровотечение из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка является наиболее опасным осложнением портальной гипертензии,

приводящее к высокой летальности. Многообразие предложенных различных методов лечения данного осложнения (консервативные, эндоскопические, эндоваскулярные, хирургические) свидетельствуют о сложности проблемы и неудовлетворенности результатами их применения. До сих пор остаются спорными и противоречивыми вопросы выбора лечебной тактики, целесообразность и последовательность применения различных методов гемостаза (Калита Н.Я., и соавт. 1998; Назыров Ф.Г., 2002; Yoshida L.Y., 2007). В данной работе представлен анализ результатов лечения 129 больных с циррозом печени и портальной гипертензией, поступивших с клинической картиной кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в хирургические отделения Республиканской больницы №2 – Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2013 по 2017 гг. Из них 121 (93,8%) пациентов поступили в отделение с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, 8 (6,2%) – госпитализировано в плановом порядке, так как у них имелись эндоскопические признаки легкокоранимых варикозно-расширенных вен пищевода с угрозой кровотечения. После плановых эндоскопических лигирований вен пищевода и желудка ни одного случая кровотечения не зафиксировано. Всем 121 пациенту, поступившим с клиникой кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, с момента госпитализации проводилась консервативная гемостатическая терапия с использованием зонда-обтуратора Блэкмора. При этом у 48 больных группы С по Чайлд-Пью гемостаз достигнут консервативно. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода выполнено 26 больным группы А и В по Чайлд-Пью. Операция Пациоры произведена 14 больным. Остальные 41 пациент с тяжелым геморрагическим шоком умерли вследствие продолжающегося кровотечения. Результаты: после эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода гемостаз был достигнут в 19 случаях; троим пациентам, ввиду рецидива кровотечения, была выполнена срочная операция ушивания кровоточащих варикозно-расширенных вен кардиального отдела пищевода с хорошими результатами. Четверо больных после лигирования умерли из-за прогрессирования печеночной недостаточности. После операции Пациоры (14 операций) гемостаз был достигнут в 7 случаях. Заключение: выбор метода остановки кровотечения у пациентов с кровоточащими варикозно-расширенными венами пищевода и желудка

определяется степенью нарушения функции печени, оценкой резервных возможностей организма, состоянием параметров центральной гемодинамики, а также локализацией варикозно-расширенных вен.

525. Особенности диагностики и лечения колото-резанных ранений сердца

*Кочергаев О.В.(1,2), Котыкин В.А.(2),
Кожевников А.А.(2).*

Самара

- 1) ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет; Минздрава России,
- 2) ГБУЗ СО Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко/

Хирургия ранений сердца имеет более чем вековую историю. Вместе с тем, около 50% пострадавших, умерших от ранений груди, имели ранение сердца (Абакумов М.М. и соавт, 2015; Бисенков Л.Н., 2016; Брюсов П.Г., 2015). Цель. Улучшить результаты лечения пострадавших с ранениями сердца на основе анализа данных эксперимента и разработки на его основе рационального подхода к диагностике и лечению. Материалы и методы. С целью уточнения отдельных звеньев патогенеза и методов их диагностики выполнена экспериментальная часть работы. Эксперименты были осуществлены на 24 беспородистых собаках обоего пола массой от 11 до 24 кг. Использовали модифицированную модель тампонады сердца. Каждый эксперимент состоял из семи этапов. Поэтапно определяли механизм развития острой тампонады сердца. В ходе экспериментальной части определили роль и место современных методов диагностики в выявлении острой тампонады сердца. Во второй части работы проведен анализ 62 клинических наблюдений пострадавших с ранениями сердца в период с 2005 по 2017 гг. С целью проведения сравнительного анализа все пострадавшие были разделены на две группы: основную группу (30 человек) и группу сравнения (32 пострадавших). В основной группе применялся разработанный алгоритм диагностики и хирургической тактики при ранениях сердца. В клинической диагностике использовали комплексный подход: наряду с общеклиническими

методами, применяли цифровую рентгенографию груди, трансторакальную эхокардиографию, спиральную компьютерную томографию, ЭКГ. При стабильных показателях артериального давления (АД – 100 и 70 мм рт.ст. и выше) производили торакоскопию с целью оценки характера ранения (20 пострадавших). Для неотложной диагностики, у гемодинамически нестабильных пациентов, применяли разработанную операцию фенестрацию перикарда (15 человек). Результаты исследования. Экспериментальная часть работы позволила определить механизм развития острой тампонады сердца. А также определить роль методов диагностики в выявлении тампонады сердца. В клинической части исследования выделили два этапа. Первый – аналитический, когда изучали значение каждого показателя в ранней диагностике и мониторинговом наблюдении за больным в послеоперационном периоде. При этом все показатели были разделены на абсолютные и относительные. К абсолютным показателям ранения сердца отнесли: появление заднего эхонегативного пространства при УЗИ; рана перикарда при видеоторакокопии; получение крови при фенестрации перикарда; наличие рентгенологических признаков гемо- или пневмоперикарда; наличие жидкости в полости перикарда при спиральной компьютерной томографии. К относительным признакам отнесли: наличие раны в опасной зоне; уменьшение пульсации сердечной тени рентгенокопии; ишемия миокарда на ЭКГ; наличие крови в плевральной полости при спиральной компьютерной томографии. В своей работе в целях неотложной диагностики выполняли, разработанную операцию – фенестрацию перикарда. Подобная тактика позволила у 4 пострадавших выявить ранение сердца, а у 11 – исключить, тем самым предотвратив выполнение необоснованных широких торакотомий. Неотложную видеоторакоскопию осуществляли под общей анестезией. Первый торакопорт устанавливали в четвертом межреберье по средней подмышечной линии. По экрану монитора определяли степень повреждения плевральной полости. В трех случаях удалось определить ранение сердца и перикарда (без тампонады и профузного кровотечения), в остальных наблюдениях диагноз был исключен. Разработанная хирургическая тактика способствовала в дальнейшем уменьшению летальности с 15% до 6% и количества плевральных осложнений на 29%. Выводы. 1. Наиболее информативным методом диагностики ранений сердца в эксперименте и в клинике является

трансторакальная эхокардиография. 2. В основе эффективной хирургической тактики - экстренное оперативное вмешательство

526. Выбор варианта герниопластики у больных вентральными грыжами

Семенов В.В., Ромащенко П.Н., Курыгин Ал.А.

Санкт-Петербург

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

Внедрение эндовидеохирургических способов устранения грыж передней брюшной стенки расширило возможности лечения данной категории больных, позволило улучшить результаты оперативного вмешательства и ускорить их реабилитацию. Однако отсутствие общепризнанных критериев выбора варианта герниопластики у конкретного пациента по-прежнему остается предметом дискуссий на различных хирургических форумах. Нами изучены результаты обследования и лечения в период с 2014 по 2017 год 1153 больных различными вариантами грыж передней брюшной стенки: паховыми (n=671) и другими вентральными грыжами (n=482). В структуре больных с паховыми грыжами односторонние прямые установлены у 223 пациентов, односторонние косые – у 271, двусторонние – у 99, сочетание паховой грыжи с желчнокаменной болезнью – у 78. Другие вентральные грыжи были представлены: послеоперационными у 221 больного, пупочными – у 132, белой линии живота – у 32, сочетанием пупочной грыжи с диастазом прямых мышц живота – у 97. Лапароскопически по методике TAPP (transabdominal preperitoneal plasty) прооперирован 191 пациент, эндоскопически по методике TEP (total extraperitoneal plasty) 262, открыто по методике Лихтенштейна – 218, по методике IPOM (intraperitoneal onlay mesh) – 43, традиционная герниопластика с использованием сетчатого имплантата – 439. Критериями отбора больных для лапароскопической герниопластики TAPP были: наличие сочетанного хирургического заболевания органов брюшной полости с целью одномоментного устранения нескольких хирургических заболеваний, нижнесрединная

лапаротомия в анамнезе с предполагаемым спаечным процессом в преперитонеальном пространстве гипогастрия. Выполнение эндоскопических вмешательств по методике TEP было обоснованным при двусторонних паховых грыжах, отсутствии нижнесрединной лапаротомии в анамнезе, после операции на нижнем этаже брюшной полости с ожидаемым спаечным процессом в животе. Целесообразность применения методики Лихтенштейна установлена у пациентов с длительно существующей невправимой пахово-мошоночной грыжей и предполагаемым спаечным процессом в мошонке, у больных рецидивными паховыми грыжами после эндоскопической герниопластики, у лиц с индексом коморбидности по Charlson более 5 баллов и наличии противопоказаний к общей анестезии или отказе пациента от наркоза. Выполнение IPOM герниопластики было обосновано следующим категориям пациентов: без выраженного спаечного процесса в брюшной полости и высокими рисками развития местных ранних послеоперационных осложнений (больные с ожирением и сахарным диабетом), при размере грыжевых ворот до 10 см, при наличии сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости (ЖКБ, киста яичника и др.) с целью выполнения симультанных вмешательств. Кроме того, малоинвазивный вариант вмешательства предполагал раннее восстановление больных после операции, в связи с чем эндоскопическая герниопластика, в первую очередь, рассматривалась как вариант операции для пациентов трудоспособного возраста, а также для молодых пациентов женского пола, которым косметический вид послеоперационной передней брюшной стенки имел немаловажное значение. В остальных случаях выполнялась открытая герниопластика с использованием легковесного крупнопористого сетчатого протеза. Полученные данные достоверно (p<0,05) свидетельствуют о том, что болевой синдром по визуальной аналоговой шкале у больных, оперированных эндоскопически, был втрое меньше (1-3 балла), по сравнению с пациентами, прооперированными традиционно (4-7 баллов). Аналогичная тенденция установлена при оценке послеоперационного койко-дня: 1-2 дня после операции TEP, 2-3 дня после TAPP, 3-5 дней после IPOM герниопластики и 7-11 дней после открытой герниопластики. Все пациенты находились под наблюдением в течение 3 лет. Частота рецидивов заболевания после эндоскопических герниопластик (TAPP и TEP) составила 1,3±0,7%, что коррелирует с данными EHS. Причинами рецидивов были подворачивание или сморщивание сетчатого протеза (4 больных),

малые размеры имплантата (2 пациента) и выявлялись на этапе становления малоинвазивных методик оперирования в клинике. Рецидивов после IPOM герниопластики в нашем исследовании не было, что свидетельствует об адекватности выборки пациентов для данной методики. Таким образом, анализ мировой литературы и полученных нами данных позволяет заключить, что вопросы выбора варианта герниопластики у больных вентральными грыжами требуют уточнения, а обоснованный мультикритериальный подход у разных категорий пациентов позволяет достигать хороших результатов лечения.

527. Частота критических ишемических атак у больных с сахарным диабетом

Матмуротов К.Ж., Сапаева Ш.Б.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Ведущими факторами в формировании язвенно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы (СДС) являются нейропатия и ишемия, но в большинстве случаев злостное течение гнойного процесса на стопе намного усложняет ситуацию. Многие авторы рекомендуют уделять особое внимание выявлению диабетической ангиопатии и ее коррекции. К сожалению в настоящее время информации о частоте, развитии и особенностях критической ишемии различных органов у больных сахарным диабетом крайне недостаточно. Цель: изучить частоту и характер критических ишемических атак у больных сахарным диабетом. Материал и методы исследования: методом исследования являлись опрос, анамнез и изучение документов из других клиник у больных с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне сахарного диабета при первичном обращении в Республиканский центр гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз. Наряду с общеклиническими лабораторными исследованиями больным проведены инструментальные исследования (дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, мультиспиральная компьютерная томография

артерий (МСКТ), ЭхоКС и ЭЭГ) Проведено анализ результатов лечения и анамнестические данные у 171 пациентов за I-II квартал 2017 года. У большинства больных (98,2%) был сахарный диабет 2-го типа. Средняя продолжительность сахарного диабета составил $12,3 \pm 4,1$ лет. Возраст больных в исследуемой группе колебался от 25 до 88 лет (в среднем $66,7 \pm 5,2$ года). Среди пациентов было 108 (63%) мужчин и 63 (37%) женщин. Нейропатическая форма синдрома диабетической стопы диагностирована у 54 (31,7%) больных, нейроишемическая - у 89 (52,1%), ишемическая - у 28 (16,2%). Результаты: из 171 больных сахарным диабетом продолжительностью свыше 10 лет критическая ишемическая атака на сердца были в 52 (30,4%) случаях, на мозге 38 (22,2%) случаях. 91 (53,2%) больным проведено дуплексное сканирование каротидных и брахицефальных артерий, при котором в 75 (82,4%) выявлено окклюзионно-стенозические изменения различной степени и локализации. По данным ЭКГ у этих пациентов в 61 (35,6%) случаях выявлены признаки ишемической болезни сердца. При анализе полученных данных по срокам сахарного диабета выявлено, что наибольшее количество больных критическими ишемическими атаками на миокард сердца наблюдались у пациентов страдающих диабетом течение 9-12 лет (36,1%), поражение мозга в эти е сроки отмечались в 44,3%. Из-за трофических нарушений на стопе на фоне выраженной ишемии или нейропатии нижних конечностей из 171 больных 89 (52%) в анамнезе обращались к врачам или получали стационарное лечение. Следует отметить, что из больных перенесших острый инфаркт миокарда или острый коронарный синдром за весь период заболевания сахарным диабетом в 6,4% (11 больных) случаев наблюдалась повторная сердечная ишемическая атака в анамнезе до появления трофических изменений на стопе. В ходе анализа полученных данных было выявлено, что критическая ишемия конечностей наблюдалось у 73 (42,7%) больных, составивших «критическую» группу с угрозой потери конечности. Из числа больных с критической и субкомпенсированной ишемией 31 (18,1%) пациентов поступили в стационар с гангреной стопы (5-я степень по Wagner). Обсуждение: таким образом, анализ критической ишемической атаки у больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета показал, что весьма часто (51,6%) критическим ишемическим атакам на нижние конечности предшествует критические ишемические атаки других жизненно важных органов и систем. Выводы: при сахарном диабете имеет место

генерализованное поражение артериального русла с развитием ишемических повреждений соответствующих органов и систем. У больных с диабетической гангреной нижних конечностей на фоне сахарного диабета 2 типа продолжительностью свыше 10 лет критические ишемические атаки на сердца отмечались в 27,3% случаев, мозга в 18,2 % случаев.

**528. Оказание высокотехнологической
медицинской помощи в условиях
общехирургического стационара**

Андреянов А.М., Потанин С.Н., Шиховцов В.А.

Лермонтов

КБ № 101 ФФГБУ СКФНКЦ ФМБА России

Население города Лермонтова составило на 1 января 2018 года 24405 человек. Из них: - детей - 4607 - работающих - 8931 - неработающих -15364 - пенсионеров — 5771 - Умерших-340 Рождаемость на 1000 населения -13,0, Смертность -13,9. Оказанная помощь неприкрепленному контингенту - 2883 человека Хирургическое отделение КБ №101 ФФГБУ СКФНКЦ ФМБА России. г. Лермонтова оснащено тремя операционными: -1плановая. -1 экстренная -1 лапароскопическая. Отделение представлено на 50 коек из них: -21 хирургическая, в т.ч. 1 детская -15 травматологических, в т.ч. 2 детских -14 урологических, в т.ч.1 уроандрологическая детская Отделение реанимации представлено 3 койками За 2017 год в стационаре выполнено 682 операции: - Хирургических - 399 -Травматологических - 137 - Урологических - 73 - Детских - 73 В отделении общей хирургии оказывается в равной степени экстренная и плановая хирургическая, урологическая и травматологическая помощь. В 2017 году в хирургическом стационаре начаты оперативные вмешательства по оказанию высокотехнологической медицинской помощи в рамках программы ОМС. Сюда вошли травматологические операции по корригирующим остеотомиям при неправильно сросшихся переломах трубчатых костей, остеотомии с применением экстра и интрамедулярных методов остеосинтеза при вальгусной деформации 1 пальца

стопы, и эндопротезирование тазобедренного сустава. Врачи травматологи предварительно прошли тематическое усовершенствование по данным дисциплинам в клинических больницах ведомства.. Администрацией больницы было приобретено оборудование и расходные материалы для выполнения подобного рода операций: осцилляторная пила с набором насадок, расходные материалы, в частности, винты Барука, Электронно-оптический преобразователь. Так, за 2017 год было выполнено: - 24 операций при вальгусной деформации 1 пальца стопы с внутренней фиксацией винтами Барука. - 4 коррегирующих остеотомии при неправильно сросшихся переломах трубчатых костей ключицы и 1 кости предплечья. - 2-эндопротезирования тазобедренного сустава. Предоперационная подготовка проводилась согласно стандартам, в сложных случаях с привлечением трансфузиолога, для определения терапии в пред-, и послеоперационном периоде. После всех проведенных операций осложнений не было. Пациенты активизировались на следующие сутки. Все пациенты в последующем проходили курс реабилитации в условиях Центра Восстановительной Медицины, что входит в состав КБ №101. ФФГБУ СКФНКЦ ФМБА России г. Лермонтова. В перспективе, закупка нового оборудования, для выполнения высокотехнологических операций на толстой кишке, операций на забрюшинном пространстве при почечной патологии, оборудования с расходными материалами для проведения БИОС в/3 и диафиза бедренных костей. Выводы—развитие высокотехнологической медицинской помощи в стационарах возможно при обученных квалифицированных кадрах, и наличия современного оборудования с помощью которого выполняются технически сложные операции.

529. Первые результаты эндовидеохирургически-ассистированной ретромускулярной аллогерниопластики (EMILOS) при вентральных грыжах

*Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Андрияшкин А.В.,
Мамадумаров В.А., Никишков А.С., Лобан К.М.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Сегодня мы являемся свидетелями очередного революционного шага в развитии малоинвазивной герниологии. Получают всё большее распространение методы эндовидеохирургических протезирующих герниопластик при вентральных и послеоперационных грыжах, являющиеся хорошей альтернативой открытой ретромускулярной аллогерниопластики. Одной из наиболее перспективных методик представляется операция EMILOS (endoscopic mini/less open sublay) – эндовидеохирургически-ассистированная ретромускулярная аллогерниопластика. Операция предложена в W. Reinhold в 2015 году. Материалы и методы. С октября 2017 по февраль 2018 в клинике факультетской хирургии №1 РНИМУ им. Н.И.Пирогова операция EMILOS выполнена 10 пациентам с пупочными или послеоперационными грыжами М2-М3 в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Соотношение женщин/мужчин – 1,5/1. Средний возраст составил 54,2 года (34-78 лет). Индекс массы тела пациентов составил от 20 до 38 (медиана ? 29). У 7 пациентов имели место пупочные грыжи (размеры грыжевых ворот составили от 3 до 5 см) в сочетании с диастазом прямых мышц живота, у 3 больных – послеоперационные грыжи М3W1R0 по классификации Европейского Общества Герниологов (EHS), также в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Во всех наблюдениях диастаз прямых мышц составлял от 4 до 7 см, располагался на уровне М1-М3 и, по словам пациентов, снижал качество их жизни, вызывал дискомфорт. Антибактериальная профилактика гнойно-септических осложнений проводилась только интраоперационно (Цефазолин 2 г внутривенно). Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений проводилась всем пациентам согласно актуальным российским рекомендациям. В послеоперационном периоде было рекомендовано ношения бандажа в течение 2 месяцев. Результаты. Время первых операций

составило 200-210 минут, сократившись к 8-10 операциям до 150 минут. У двух пациентов над сетчатым имплантатом сформировалась серома объемом до 150-200 мл, которая была эвакуирована с помощью пункции под ультразвуковым контролем. Ультразвуковое исследование передней брюшной стенки выполнялось всем пациентам в послеоперационном периоде. Введения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде не потребовалось ни одному из больных. Эпидуральный блок не использовали. Все пациенты отметили отсутствие грыжевого выпячивания и редукцию диастаза. Признаков раннего рецидива заболевания, гнойно-септических осложнений и венозных тромбоэмболических осложнений мы не зафиксировали. Летальных исходов не было. Заключение. Внедрение операции EMILOS представляется перспективным направлением малоинвазивной герниологии. Эндовидеохирургическая ретромускулярная аллогерниопластика способна стать альтернативой открытой ретромускулярной аллогерниопластики при небольших вентральных и послеоперационных грыжах брюшной стенки.

530. Результаты оказания медицинской помощи жительницам Санкт-Петербурга, больным злокачественными новообразованиями молочных желез

*Романенков Н.С. (1), Мовчан К.Н. (1,2),
Хижа В.В. (2), Русакевич К.И. (2).*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»;
- 2) СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Актуальность. Ежегодно более 500 тыс. жителей России проходят лечение по поводу злокачественных новообразований (ЗНО). В общей структуре онкологической заболеваемости удельный вес женщин, больных раком молочной железы (РМЖ) превышает 20% случаев. Частота верификации РМЖ у жительниц Санкт-Петербурга при динамическом наблюдении не имеет

тенденции к уменьшению. В настоящее время не вызывает сомнений, что ЗНО молочной железы (МЖ) – одна из наиболее частых неоплазий, диагностируемых у женщин. Комплексный анализ данных о результатах обследования и лечения жительниц административного центра Северо-Западного региона РФ, подверженных РМЖ, – актуальная задача здравоохранения в ракурсе поиска путей совершенствования оказания медицинской помощи данному контингенту больных онкологической патологией. Материал и методы. Проанализированы сведения о случаях РМЖ, впервые гистологически верифицированных в 2011-2012 гг. у женщин, проживающих в Санкт-Петербурге. В исследование включены данные о 4 689 больных РМЖ. Для расчета основных статистических параметров использована программа Microsoft Excel для Office 2016, а отдельные статистические показатели (распределение случаев по стадиям, показатели летальности в течение года, пятилетней выживаемости, ранжирование по частоте и др.) рассчитаны посредством программного обеспечения «Популяционный раковый регистр». Результаты, их обсуждение. Распространенность РМЖ у жительниц Санкт-Петербурга в 2011 г. составила 532,6 на 100 000 населения, а в 2012 г. - 545,0 0/0000. Стандартизованный показатель заболеваемости ЗНО молочных желез составил в 2011-2012 гг. 46,21 0/0000 (стандартное отклонение 1,05) и 49,5 0/0000 (стандартное отклонение 1,08), соответственно. В каждом втором наблюдении ЗНО МЖ верифицированы у женщин в возрасте от 50 до 70 лет. Более чем в 70% клинических наблюдений у пациенток верифицирован РМЖ II и III стадии онкологического процесса. Результаты лечения оценивались по данным 5 летнего наблюдения. В большинстве случаев потребовалось проведение комбинированного лечения. Частота клинических наблюдений, когда радикальное лечение больных удалось осуществить посредством сугубо хирургического вмешательства не превышала 30%. В общей сложности радикальное лечение пациенток с ЗНО МЖ оказалось возможным в 3576 (76,3%) случаях. Хирургические вмешательства, направленные на воссоздание утраченной молочной железы в формате оказания больным высокотехнологичной медицинской помощи, выполнены одномоментно и в отсроченном порядке в 164 (5,2%) клинических наблюдениях. Параметр 5-летней скорректированной выживаемости в группе исследования составил 63,6%. Выводы. Полученные данные предоставили возможность оценить эффективность оказания медицинской помощи больным РМЖ в крупном

административном центре России. В Санкт-Петербурге сохраняется тенденция к увеличению распространенности РМЖ и заболеваемости горожанок данной неоплазией. Пик заболеваемости женщин ЗНО МЖ приходится на пациенток в возрасте от 50 до 70 лет, что соответствует общероссийской тенденции. Лечение больных РМЖ удается осуществить радикально более чем в ? клинических наблюдений. Показатель 5-летней скорректированной летальности в группе пациенток, данные о которых включены в исследование, составил 36,4%.

531. Результаты лапароскопической паховой герниопластики в условиях высокопоточкового центра хирургии грыж

*Сажин А.В. (1), Ивахов Г.Б. (1),
Андряшкин А.В. (1,2), Мамадумаров В.А. (2),
Никишков А.С. (1), Лобан К.М. (1), Теплых А.В. (1)*

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2. ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах является операцией выбора в значительном количестве случаев, включая двусторонние, бедренные грыжи, рецидивные после «открытых» герниопластик и практически любые паховые грыжи у женщин. Следование данным рекомендациям должно приводить к большому количеству лапароскопических герниопластик и соответственно широкому внедрению малоинвазивных вмешательств общими хирургами. В основу работы легла работа герниологического центра Первой Градской Больницы им. Н.И. Пирогова. Методы. В 2017 году в клинике факультетской хирургии №1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова выполнено 656 операций по поводу паховых грыж, что составило 52,6% от всех операций по поводу грыж в данном году. Средний возраст пациентов составил 58,9 лет. Соотношение мужчин/женщин – 6/1. Двусторонние паховые грыжи мели место у 91 пациентов, пахово-мошоночные у 64 больных и доминировали в группе пациентов старше 70 лет. Результаты. Строго следуя современным рекомендациям по выбору

оптимального метода паховой герниопластики, нами произведено 513 (78,2%) эндовидеохирургических паховых герниопластики в 2017 году. Операция Лихтенштейна выполнена у 21,8% пациентов в связи с наличием сопутствующей патологии или пахово-мошоночных грыж. Доминирующее количество малоинвазивных герниопластик выполнено по методике TAPP - 479 операций, тотальная экстраперитонеальная герниопластика TEP произведена в 34 случаях. В 61,3 % случаев при наличии L1, L2 и M1, M2 грыж по классификации EHS TAPP герниопластика выполнялась без фиксации сетчатого импланта. Фиксация требовалась лишь у пациентов с M3 или L3 паховыми грыжами и проводилась не более чем в 3 точках. Осложнения отмечены в 5 случаях (гематомы мошонки-2, серомы-2, хронический болевой синдром-1), рецидивы после лапароскопических вмешательств имели место у 3 больных (0,58%). Рутинно используемые принципы ускоренной реабилитации после малоинвазивных вмешательств, щадящий характер самого вмешательства позволили выписывать на следующий день после операции до 93 % пациентов независимо от методики герниопластики. Средний койко-день составил 2,3. Заключение. Широкое внедрение малоинвазивной паховой герниопластики в специализированном стационаре позволяет стандартизировать методику, применять в большинстве случаев безфиксационную методику лапароскопической герниопластики, что в свою очередь не только сопровождается значимым снижением частоты хронического болевого синдрома, но выгодно отличается экономической составляющей операции.

532. Почему мы делаем конверсию при распространенном аппендикулярном перитоните?

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Ермаков И.В., Мирзоян А.Т.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение. Лапароскопическая хирургия аппендикулярного перитонита, к сожалению, до сих пор остается для многих хирургов «операцией с не

доказанной эффективностью». Отсутствие доказательных данных высокого уровня, сложность проведения рандомизированных исследований при перитоните крайне затрудняют понимание безопасности и эффективности лапароскопического вмешательства при распространенных формах аппендикулярного перитонита. В рутинной практике хирургических клиник, являющихся базой кафедры факультетской хирургии №1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова, мы применяем лапароскопию при распространенных формах аппендикулярного перитонита. Открытое вмешательство выполняется только в случае абсолютных противопоказаний к пневмоперитонеуму. Материалы и методы. В 2011-2016 годах выполнено 957 лапароскопических вмешательств при различных формах аппендикулярного перитонита. В 242 случаях верифицированы распространенные формы аппендикулярного перитонита. 55% пациентов госпитализированы в сроки позднее 24 часов, а 13% - позднее 48 часов от начала заболевания. Среднее значение Мангеймского индекса перитонита (МПИ) и Шкалы тяжести сепсиса WSES (Мирового Общества по Неотложной Хирургии) составило 20,6 и 4,91 соответственно. Результаты. Частота конверсий составила 2% и 14,8% при местном и распространенном перитоните соответственно. Проанализированы результаты 50 конверсий, 36 из которых выполнены при распространенном аппендикулярном перитоните (в большинстве случаев причиной конверсии служила тяжесть перитонита). Серьезные осложнения (III-IV класс по Clavien-Dindo) отмечены у 47,2% пациентов в группе конверсий, что в 7,5 раз выше, чем частота подобных осложнений в группе лапароскопических вмешательств. Значительное увеличение частоты серьезных осложнений в группе конверсий, куда входят пациенты с наиболее тяжелым перитонитом вполне объяснимо. Но, при детальном анализе получается несколько иная картина. Сравнение тяжести перитонита в группе конверсий и в группе лапароскопических вмешательств по МПИ ($24,8 \pm 5,05$ vs $23,2 \pm 4,2$) и Шкале тяжести сепсиса WSES ($4,79 \pm 1,86$ vs. $4,45 \pm 1,86$) не имеет статистически значимой разницы ($p > 0,05$). Более того, у 77% пациентов в группе конверсий МПИ был достоверно ниже ($20,46 \pm 4,17$), чем в группе лапароскопических операций. Заключение. Ретроспективный анализ нашего исследования показал, что более чем 70% конверсий при распространенном аппендикулярном перитоните потенциально можно было избежать. Улучшение мануальных навыков и объективная оценка тяжести перитонита являются важными путями увеличения частоты лапароскопических вмешательств при

распространенных формах аппендикулярного перитонита.

533. Анализ лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и 12-ти перстной кишки у больных пожилого и старческого возраста

*Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Страдымов Е.А.,
Петухов В.А.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение. Лапароскопические вмешательства при перфоративных гастродуоденальных язвах (ПГДЯ) демонстрируют аналогичную открытым вмешательствам эффективность и безопасность при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии. Частота ПГДЯ в последнее время среди популяции снизилась, однако среди пожилых людей данная хирургическая патология стала встречаться чаще. Пациенты старших возрастных групп с ПГДЯ в сочетании с распространенным перитонитом представляют группу повышенного риска осложнений и летальности. В связи с этим, лапароскопическое ушивание ПГДЯ в условиях распространенного перитонита чаще всего применяется у молодых больных и пациентов средней возрастной группы. Целью данной работы является оценка эффективности и безопасности лапароскопического ушивания ПГДЯ в условиях распространенного перитонита у пациентов пожилого и старческого возраста. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лапароскопического лечения пациентов с ПГДЯ на базах кафедры факультетской хирургии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова (ГКБ № 1, ГКБ № 4) за период 2014-2016 гг. За данный период лапароскопическое ушивание ПГДЯ выполнено 127 пациентам. У 114 (89,8%) из них выявлен распространенный перитонит со средним значением Мангеймского индекса перитонита – 17,6 (10-33). Старше 60 лет лапароскопическое ушивание ПГДЯ с распространенным перитонитом перенесли 23 пациента (20,2%), из них старше 75 лет – 12 больных (52,2%). Во всех случаях применялось ушивание язвенного дефекта однорядным

интракорпоральным швом. У больных старших возрастных групп Индекс Воуе 0, 1 и 2 баллов установлен у 7 (30,5%), 13 (56,5%) и 3 (13%) пациентов соответственно. Результаты. Летальность в группе Воуе 0 отсутствовала, у всех пациентов этой группы индекс PULP < 7 баллов. При индексе Воуе ? 1 летальность составила 25%. Летальность в лапароскопической группе среди пациентов молодого и среднего возраста отсутствовала, а среди пациентов старше 60 лет составила 4,3%, старше 75 лет - 13%. Общая летальность в старшей возрастной группе составила 17,4%. Ранние послеоперационные осложнения развились у 8 пациентов (34,8%). Все осложнения разделены согласно классификации Clavien-Dindo (CL-D). У 4 пациентов развились серьезные осложнения: несостоятельность ушитой перфорации выявлена у 2 пациентов (CL-D 3b), подпеченочный абсцесс у 1 пациента (CL-D 3b) и нозокомиальная пневмония (CL-D 4). Несостоятельность ушитой перфорации отмечена у 1 (8,7%) пациента старше 75 лет и 3,5% во всей группе лапароскопического ушивания ПГДЯ. Заключение. К решению о проведении малоинвазивной операции при ПГДЯ на фоне распространенного перитонита у пациентов пожилого и старческого возраста следует относиться дифференцированно и учитывать показатели прогностических специфических шкал. Лапароскопическое ушивание ПГДЯ у больных пожилого и старческого возраста целесообразно и безопасно при 0 баллов по Воуе и менее 7 баллов по шкале PULP.

534. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита у больных с большими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и единым пищеводно-аортальным окном.

Хоробрых Т.В., Короткий В.И., Салихов Р.Е., Какоткин Н.П.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университете),
Клиника Факультетской хирургии им. Н.Н.Бурденко,
Кафедра Факультетской хирургии №1

Актуальность. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита (РЭ) у пациентов с большими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) сопряжено с выраженными топографо-анатомическими изменениями в области пищеводно-желудочного перехода, которые вызывают трудности в выборе оптимального метода антирефлюксной операции и устранения единого пищеводно-аортального окна (ЕПАО). Материал и методы. С 2006 по 2017 год проведено 83(23,9%) операции по поводу больших ГПОД. 49(14,1%) – кардиофундальная(КФ), 27(7,8%) – субтотальная(СТ), 2 (0,57%) – тотальная и 5(1,4%) – параэзофагеальная (ПЭ) ГПОД. Средний возраст 62,6 года (44 – 83). Средняя длительность заболевания 8 лет. Клиника РЭ у 69(83,1%) пациентов, изжога сменилась дисфагией у 29(35%): из-за развития пептической стриктуры - 20(24%), из-за компрессии пищевода содержимым грыжевого мешка – 9(11%). Внепищеводные симптомы у 45(54,2%) больных: 32 - гастрокардиальный, 14 – бронхолегочный. Укорочение пищевода (УП) у 78 больных (94 %): 8(9,6%) – 1 степень, 70(84,3 %) – 2 степень. Варианты оперативных вмешательств: 33(39,7%) лапароскопически (КФ – 22, СТ – 11) и 50(60,2%) из лапаротомного доступа (КФ-27, СТ – 16, тотальная – 2, ПЭ – 5). Объем операции: низведение содержимого грыжи, полное иссечение грыжевого мешка, симметричная фундо- или гастропликация по Черноусову в зависимости от степени укорочения пищевода, задняя крурорафия. Проведено 20 фундопликаций (эндоскопически – 11) при УП 1 степени и 62 гастропликации (эндоскопически – 22) преимущественно при УП 2 степени. ЕПАО выявлено у 12 пациентов (14,5%) при лапароскопии, у 18 (21,6%) при лапаротомии, средний диаметр отверстия 7 см. Дефекты ПОД, в том числе ЕПАО, всегда устранялись без установки сетчатых имплантатов с помощью задней крурорафии;

полностью иссекали грыжевой мешок. Поперечная пилоропластика только при лапаротомии у 21(25,3%) пациента. Интраоперационные осложнения у 7 пациентов (4 – вскрытие плевры, 2 – кровотечение, 1 – вскрытие просвета кардии) ликвидированы в ходе операции без конверсии доступа, на послеоперационный период не повлияли. Полученные результаты. Средний койко-день после лапаротомии – 7,3; 5,8 при лапароскопии. Рентген исследование брюшной полости с контрастированием: порционное поступление контраста из пищевода в желудок у 82 пациентов (98,7 %). Осложнения в раннем послеоперационном периоде у 11 пациентов: 4 – дуоденостаз, гастростаз, 1 – бронхоспазм, 1 – рецидив ГПОД (неполное иссечение грыжевого мешка), 1 – явление сердечной недостаточности, 2 – послеоперационный реактивный панкреатит, 1 – гиперфункция манжеты. Рецидив ГПОД потребовал проведения повторной операции: лапаротомия, реконструктивная гастропликация. Гиперфункция манжеты ликвидирована дилатацией. Остальные осложнения разрешены консервативно. Рецидивов РЭ, осложнений в отдаленном периоде не выявлено. Адекватно функционирующая манжета располагалась в заднем средостении у 21 пациента. Крурорафия эффективна у всех пациентов вне зависимости от изначальных размеров ПОД. Обсуждение. При лечении больших ГПОД необходимо всегда учитывать УП, которое встречается в 94% случаев. Основная цель антирефлюксных операций – создание эффективной антирефлюксной манжеты вне зависимости от ее расположения выше или ниже диафрагмы. Устранение дефекта ПОД всегда возможно без аллопластики. Адекватное оперативное пособие может быть выполнено лапароскопически. Выводы и рекомендации. 1.Оптимальным вариантом лечения РЭ у больных с большими ГПОД и ЕПАО - формирование полной симметричной манжеты по Черноусову с учетом степени УП. Сформированная манжета успешно корригирует РЭ вне зависимости от ее расположения выше или ниже диафрагмы, поэтому манжету и пищевод нельзя фиксировать к диафрагме. 3.Операция должна сопровождаться иссечением грыжевого мешка для предотвращения миграции желудка в заднее средостение. 4.Задняя крурорафия всегда позволяет устранить дефект диафрагмы без использование аллотрансплантатов. 5.Операция возможна из лапароскопического доступа.

535. Применение операции Лонго и трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов (HAL-RAR) при хроническом внутреннем геморрое*Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Шамин А.В.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Геморрой - одно из наиболее распространенных заболеваний в практике врача колопроктолога, удельный вес которого в структуре колопроктологических заболеваний достигает 40%. Цель. Оценить эффективность и целесообразность применения операции Лонго и операции HAL-RAR при лечении пациентов страдающих хроническим внутренним геморроем. Материалы и методы. В колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии циркулярная эндоректальная слизисто-подслизистая резекция дистального отдела прямой кишки при лечении пациентов с хроническим геморроем применяется с 2006 года. Было выполнено 529 операций Лонго у больных страдающих геморроем, а трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки применяется с 2016 года и была выполнена у 54 пациентов. Всего оперировано 583 больных с 2- 4 стадией заболевания. Возраст пациентов от 23 до 77 лет (средний возраст составил 49 лет), из них 57% - женщин, 43% - мужчин. Операции выполнялись проводилось в положении для литотомии под спинальной или перидуральной анестезией в плановом порядке. Для дезартеризации использовался аппарат «HAL-Doppler II» (A.M.I., Австрия), а также атравматический шовный материал на колющей игле, 5/8 окружности (Ethicon, США). Средняя продолжительность операции – 40 минут. Для выполнения операции Лонго использовались стандартные хирургические наборы и комплекты Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (Ethicon, США), а также степлеры (Kangdi KYGZB 33,5; Китай). Средняя длительность операции – 20 минут. Результаты. Средний срок госпитализации в стационаре составил $2,9 \pm 0,8$ дней. В раннем послеоперационном периоде у 95,0% (554 пациентов) – осложнений не было. У 12 пациентов наблюдалась острая задержка мочи, после однократной катетеризации мочевого пузыря мочеиспускание восстановилось. В 5 случаях в сроки от 15-25 дней наблюдалось кровотечение из

послеоперационного шва, которое было остановлено консервативными мероприятиями – введением препарата «Транексам». У одной пациентки после выполнения дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки на 6-е сутки после операции было отмечено выделение газов и жидкого кала из влагалища, был диагностирован ректовагинальный свищ, который зажил самостоятельно на 15 день после проведенного консервативного лечения. У 11 больных возник тромбоз наружного геморроидального узла на 3-5е сутки, было назначено консервативное лечение флеботропным препаратом Детралекс или Флебодиа с положительным эффектом. Через 6 месяцев рецидивов заболевания не выявлено. Выводы. Операция Лонго и операция HAL-RAR имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам оперативного лечения хронического внутреннего геморроя, послеоперационный болевой синдром и сроки медицинской и социальной реабилитации больных значительно ниже.

536. Применение коллагенового материала при лечении синдрома диабетической стопы (многоцентровое клиническое исследование)

Ступин В.А.(1), Силина Е.В.(2), Горский В.А.(1), Горюнов С.В.(1), Жидких С.Ю.(1), Сивков А.С.(1), Габитов Р.Б.(2), Баранцевич Е.Р.(3), Богомолов М.С.(3), Корейба К.А.(4), Елисеева М.Е.(5), Кривихин В.Т.(5), Кривихин Д.В.(5), Бакунов М.Ю.(5)

Москва, Санкт-Петербург, Казань, Видное, Лыткарино

1 - РНИИМУ имени Н.И. Пирогова, 2 - Первый МГМУ имени И.М. Сеченова 3 - Первый Санкт-Петербургский ГМУ имени акад. И.П. Павлова, 4 - Казанский ТМУ, 5 - МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Цель: оценка эффективности применения коллагенового биоматериала при динамическом наблюдении пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) в течении 4 недель. Материалы и методы. В многоцентровое

исследование было включено 75 пациентов с синдромом диабетической стопы разной степени тяжести (52 Wagner II и 23 Wagner III) в возрасте 30-80 лет, в том числе с незаживающей раной в течении 1,5-6 месяцев (50,7%) и 6-48 месяцев (49,3%), проходивших обследование и лечение на базах стационаров и амбулаторий лечебно-профилактических учреждений городов Москва, Санкт-Петербург, Казань, Видное Лыткарино. Пациенты были рандомизированы две однородные группы: 1) группа стандартной терапии (n=37), 2) дополнительное назначение коллагенового биоматериала Коллост (n=38). Группы пациентов исходно были однородны. Динамическая оценка пациентов проводилась при включении в исследование, а также на 7, 14 и 28 сутки лечения. Оценивали размеры язв, показатели общего и биохимического анализов крови, оксиметрии, микробиологического исследования, ультразвукового исследования сосудов нижних конечностей, а также подробный анамнез, социальный и функциональный статус, уровень сосудистой коморбидности, проводимую терапию. Результаты. Дополнительное использование коллагенового биоматериала привело к более значимому сокращению всех размеров язв, в т.ч. площади ран в среднем с 13,5 см² до 2,1 см² (в группе сравнения – с 12,5 см² до 7 см²). Наилучшая динамика была зарегистрирована при Wagner II (в группе коллоста площадь раны регрессировала в среднем в 4,4 раза, с 8,8 см² до 2,0 см²; в группе сравнения - в 1,8 раза, с 10 см² до 5,6 см²), чем при Wagner III (в основной группе с 55 см² до 21,3 см²; в группе сравнения - с 36 см² до 32,4 см²), а также при язвах, существующих менее 6 месяцев. Назначение биоматериала коллост в рамках стандартной терапии приводило через 4 недели лечения к увеличению частоты случаев полной эпителизации раны в 2,6 раза (21,1% против 14,7%) при одновременном уменьшении частоты случаев безрезультатного лечения в 4,1 раза (7,9% в основной и 32,4% в группе сравнения). Корреляционный анализ показал, что благоприятный исход, выражающийся в хорошем или полном заживлении раны/язвы связан с фоново небольшими размерами дефекта, Wagner II без признаков выраженного инфицирования и ишемизации. Исход также был ассоциирован с фоново низким уровнем эритроцитов, сегментоядерных нейтрофилов, белка, с повышенным содержанием лимфоцитов, он ухудшался пропорционально стадии и степени поражения, рецидивов СДС, перенесенным ампутациям. Корреляций исхода с гликированным гемоглобином обнаружено не было. Заключение.

Добавление к стандартным методам лечения пациентов с СДС биоматериала Коллост способствует ускорению заживления раневых поверхностей и увеличивает число благоприятных результатов, особенно при язвах Wagner II, существующих менее 6 месяцев без выраженной ишемии конечности.

537.Эффективность и безопасность ультразвуковой обработки полостных образований у больных с инфицированным панкреонекрозом

Зайнутдинов А.М. (1) Малков И.С. (1)

Казань

КГМА- филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО
Минздрава России, ГАУЗ № 7

На Кафедре хирургии КГМА филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО на базе ГАУЗ № 7 города Казани было проведено изучение эффективности санационной обработки раневых каналов и очагов некроза в разных клинических группах и оптимизация безопасности применения низкочастотного ультразвука у больных с панкреонекрозом. Первую группу составили 20 больных с инфицированным панкреонекрозом с использованием аппарата «SONOCA-185» Вторую группу составили 12 больных с инфицированным панкреонекрозом с использованием аппарата «SONOCA-185» и для создания ограниченной полостной среды использовался гель «Пронтосан», который наносился в санируемую полость в объеме 5-30 мл перед проведением ультразвуковой санации. Третью группу составили 14 больных с инфицированным панкреонекрозом с использованием аппарата «SONOCA-185», где использовался гель «Пронтосан» и спиралевидный дренаж в который вставлялась насадка для проведения ультразвуковой санации. В исследуемые группы включено 46 больных (8 женщин, 38 мужчин), в возрасте от 15 до 70 лет (средний возраст -34±6,5 года) с наличием ран и полостных образований у больных с панкреонекрозом после проведения вскрытия гнойных полостных образований и абсцессов забрюшинного пространства поджелудочной

железы, сальниковой сумки. Размеры раневой поверхности составляли от 4 до 12 см (в среднем, $8,6 \pm 4,2\%$), глубиной от 6 до 14 см (в среднем, $10,2 \pm 4\%$) У 14 пациентов обрабатывались полостные образования брюшинного пространства в поясничной области справа, у 6 пациентов слева, у 5 пациентов в подвздошной области справа. У 6 пациентов через марсупиализационное отверстие, где гнойный очаг располагался в области головки и тела поджелудочной железы. Ультразвуковую обработку применяли для лечения полостных образований у больных с инфицированным панкреонекрозом после удаления дренажей Пэнроуза (в среднем, на $5,6 \pm 1$ сутки). Проводилась бесконтактная УЗ обработка. В качестве акустической среды использовали раствор диоксида натрия 100 мг на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Обработка проводилась на перевязках 2-3 раза в неделю. После ультразвуковой кавитации применялись повязки с мазью Левомеколь. У каждого больного проведено от 5 до 10 сеансов ультразвуковой обработки полостных образований и ран. В 3 случаях проведена ультразвуковая обработка грануляций на операции непосредственно перед закрытием раневого дефекта и наложением вторичных швов. Вторую группу с инфицированным панкреонекрозом с использованием аппарата «SONOCA-185» и для создания ограниченной полостной среды использовался гель «Пронтосан», который наносился в санируемую полость в объеме 5-30 мл перед проведением ультразвуковой санации. Третью группу составили 14 больных с инфицированным панкреонекрозом с использованием аппарата «SONOCA-185», где использовался гель «Пронтосан» и спиралевидный дренаж в который вставлялась насадка для проведения ультразвуковой санации. Клиническая оценка результатов лечения показала, что УЗ обработка полостных образований при инфицированном панкреонекрозе и длительно заживающие раны, обеспечивала интенсивное удаление гнойного отделяемого, секвестров и налета фибрина. Наилучший результат отмечался при использовании после ультразвуковой обработки аппаратом «Sonoca-185» 20-40 % мощности аппарата «Sonoca-185» в течении 1,5 – 2 минут. Уже после одного сеанса ультразвуковой обработки ран у больных отмечалось усиление экссудации и ее быстрое купирование, у остальных пациентов купирование гнойного воспаления. Данное явление позволяет ускорить переходу раны в стадию грануляции. В третьей группе отмечено отсутствие болевого синдрома у больных и признаков возможного кровотечения при

проведении ультразвуковой обработки аппаратом «Sonoca-185» 0-20 % мощности аппарата в течении 1,5 – 2 минут.

538. Современное оперативное лечение хронической анальной трещины

*Шамин А.В., Каторкин С.Е., Журавлев А.В.
Чернов А.А., Разин А.Н.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ. Хроническая анальная трещина это длительно незаживающая рана в прямой кишке, располагающаяся на переходе анодермы в слизистую анального канала. Остро появившаяся анальная трещина не заживающая на фоне консервативного лечения более 4-6 недель трансформируется в хроническую и приобретает при этом, ряд морфологических признаков: плотные, рубцово-измененные края, с изменением верхушки анальной крипты в виде «анального сосочка» и на дистальном краю трещины разрастание грануляционной ткани, в виде «сторожевого бугорка». Лечение больных с хронической анальной трещиной не перестает быть очень актуальной в настоящее время, так как данная патология встречается у 2-2,5 % взрослого, работоспособного населения и находится на третьем месте после геморроя, парапроктита и составляет от 11 до 15 % в структуре колопроктологических заболеваний. Несмотря на многолетний опыт хирургического лечения данной патологии, проблема остается далека от радикального решения и все еще остается риск развития рецидива заболевания и таких осложнений как парапроктит, анальной инконтиненции и параректальных свищей. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшить результаты хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной и уменьшить сроки реабилитации пациентов. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2016 по 2017 год в отделении колопроктологии проходило лечение 198 пациентов с анальной трещиной. Оперативное лечение было проведено 168 пациентам (84,8%). Из 168 больных с хронической анальной трещиной женщин было 113

(67,3%), а мужчин 55 (32,7%). Больные были в возрасте от 18 до 70 лет. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялись общеклинические, биохимические и инструментальные методы исследования (аноскопия, RRS, сфинктерометрия). Трещины, расположенные по задней полуокружности у 138 (82,1%), передняя у 30 (17,9%). По характеру оперативного вмешательства больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 43 (25,6%) пациента, которым после дивульсии анального сфинктера проводилось иссечение анальной трещины с пластическим закрытием дефекта анального канала по используемой нами методике. В контрольную группу вошло 125 (74,5%) больных, которым после дивульсии сфинктера трещина иссекалась в виде треугольника вершиной в просвет кишки, без ушивания раны анального канала. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Больные на стационарном лечении в основной группе находились в среднем 5 койкодней, а длительность госпитализации в контрольной группе составила 6,3 кд. В раннем послеоперационном периоде болевой синдром, по визуальной аналоговой шкале не превышал 3-4 баллов, что не требовало назначения наркотических анальгетиков, и стихал на 3-4 сутки до 0-1 балла. Болевой же синдром при первой дефекации был достоверно ниже у пациентов основной группы, ввиду исключения попадания кишечного содержимого в рану. В раннем послеоперационном периоде рефлекторная задержка мочи наблюдалась у 1 пациента в основной и у 5 пациентов контрольной группы которая разрешилась консервативными мероприятиями. ВЫВОДЫ. По нашему мнению хирургическое лечение хронической анальной трещины с пластикой раны в анальном канале предупреждает осложнения послеоперационного периода (кровотечение и инфицирование послеоперационной раны), сокращает сроки заживления раны и снижает сроки реабилитации пациентов.

539. Опыт хирургического лечения гигантской тромбированной венозной аневризмы сафено-фemorального соустья

*Долгополов В.В., Торба А.В., Сумишевский Э.В.,
Линев К.А., Пуйлова В.С.*

Луганск ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Актуальность. В данной работе предоставляется редкое наблюдение гигантских размеров тромбированной венозной аневризмы СФС с анатомическим изменением всей зоны соустья, бедренных сосудов и вариантом хирургического пособия при угрозе ТЭЛА. Материал и методы. Мужчина Д., 68 лет, обратился в ургентном порядке с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, болезненное при нажатии. Из анамнеза: 8 месяцев тому назад появился небольшой безболезненный «узелок» в паховой области справа. Спустя 2 месяца – «узелок» постепенно увеличивался в размерах, приносил незначительный дискомфорт при активных движениях. Позже (спустя 2-3 месяца) – отмечает незначительную болезненность в данной области при активных движениях, усиливающаяся при физической нагрузке. За сутки до поступления в стационар – боль усилилась, проявлялась в покое; присоединилось ощущение жжения в паховой области. Связывает с бытовой травмой (ушиб паховой области) около 16 часов тому назад. Объективно: паховой области справа, на 3 см ниже паховой складки, определяется опухолевидное образование округлой формы, размерами 60мм x 58мм. Над образованием – зона гиперемии до 7см в диаметре. Пальпаторно - образование шаровидное, плотно-эластической консистенции. Кожные покровы над образованием горячие на ощупь. Большая подкожная вена правого бедра пальпируется в виде тяжа. Пульсация на магистральных артериях нижних конечностей – в пределах возрастной нормы. В результате проведения дополнительных методов исследования, а именно - дуплексного сканирования венозной системы правой нижней конечности, был выявлен тромбоз и расширение v.saphena magna (диаметр БПВ на уровне нижней трети бедра составляет 12 мм, на уровне средней трети бедра 16 мм, на уровне верхней трети бедра 18 мм). В проекции сафено-фemorального соустья визуализируется образование размерами 60x59 мм,

частично тромбированное, с точечным кровотоком. Полученные результаты и их обсуждение. На основании данных анамнеза жизни и заболевания, объективных данных и минимального перечня дополнительных инструментальных методов обследования был поставлен диагноз: Варикозная болезнь обеих нижних конечностей: С2, 3S, Ер, As, Pг, III. Варикофлебит БПВ, тип 2., тромбированная венозная аневризма сафено-фemorального соустья правой нижней конечности. Больному по жизненным показаниям в ургентном порядке выполнена операция: Ревизия аневризмы СФС, резекция аневризмы. Интраоперационно диагностирована аневризма сафено-фemorального соустья, размерами 6,0*5,9*5,7 см, исходящая из ствола БПВ (диаметр 1,8 см), с вовлечением в процесс общей и глубокой бедренной вены с припаянной к конгломерату стенкой бедренной артерии. После идентификации всех структур, пережатия ОБВ, при вскрытии аневризматического мешка, удален свежий красный тромб (размерами 6,0*5,0 см) занимавший весь просвет полости аневризмы, без фрагментации и без смещения в просвет бедренной вены. При проведении пробы Вальсальвы – получен ретроградный кровоток. Шейка аневризматического мешка прошита дважды и лигирована. Послеоперационный период протекал без осложнений. Назначена стандартная схема лечения: антибиотикотерапия, низкомолекулярные гепарины (клексан 0,4 мл п/к 2 р/сут-7 дней; с переходом на ривароксабан – 20 мг/сут), флеботоники (цикло-3 форте – 2капс. 1р/сут, антистакс -180 мг – 2р/сут), анальгетики и НПВС, физиопроцедуры (УВЧ на область правого бедра №10). При контрольном дуплексном сканировании венозной системы оперированной конечности – данных за тромбоз не выявлено, культя БПВ без эктазии. Выписан на 11-ые сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Выводы и рекомендации. Ввиду того, что аневризма СФС по своей локализации и клинике может «маскироваться» под различные виды бедренных грыж, онкологические заболевания и т.д.- всегда требуется более тщательный подход в диагностике и детальный сбор анамнеза. Пациенты с данной патологией должны быть оперированы по ургентным в самые кратчайшие сроки в виду угрозы венозного тромбоэмболизма.

540. Особенности состава тела у пациентов с хроническим панкреатитом осложненного течения

Костюченко Л.Н., Кузьмина Т.Н., Дубцова Е.А., Никольская К.А.

Москва

Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова

Осложненное течение хронического панкреатита при определенных ситуациях является показанием для хирургического лечения. Однако, учитывая метаболические расстройства, при данной патологии возникает потребность в проведении предоперационной подготовки. Важным компонентом программы предоперационной подготовки, помимо стандартных исследований, является диагностика саркопении, скрытого дефицита жидкости, изменений удельного основного обмена. Цель: выявить изменения состава тела у пациентов с хроническим панкреатитом осложненного течения и усовершенствовать схему предоперационной подготовки на основе выявляемых нарушений. Материалы и методы: у 22 пациентов (8 женщин в возрасте - 57,8±4,9 лет, 14 мужчин в возрасте 46,3±5,8лет) с хроническим панкреатитом имелись следующие осложнения: дуоденальная дистрофия-13,6%, калькулезный панкреатит- 22,7%, билиарная гипертензия 22,7%, псевдокисты поджелудочной железы-31,8%, сочетание нескольких осложнений 9,1%, панкреатогенный диабет 54,5%. Всем пациентам оценивали нутриционный статус стандартными методиками (по критериям алиментационно-волемического диагноза-АВД), а определение состава тела проводили биоимпедансным методом с помощью аппаратного комплекса АВС-01 «МЕДАСС». Показанием к коррекции нутриционного статуса были дефицит жидкости, саркопения, невозможность адекватного приема и усвоения пищи в течение 7 дней до предполагаемой операции. Результаты: У всех женщин показатель скелетно-мышечной массы соответствовал нижней границе индивидуальной нормы. Удельный основной обмен составлял 721 ккал/кв.м/сут. до 866 ккал/кв.м/сут.), скрытого дефицита жидкости также не было выявлено. У мужчин показатели выглядели иначе, у 21,4% мужчин отмечался скрытый дефицит внеклеточной жидкости, параметр скелетно-мышечной массы соответствовал среднему нормальному значению.

Удельный основной обмен колебался от 745 ккал/кв.м/сут. до 964,9 ккал/кв.м/сут.). Фазовый угол- показатель метаболических процессов был снижен у 13,6% пациентов. В результате проводимой терапии удалось стабилизировать нутритивный статус всех пациентов и осуществить предполагаемый объем операции. В послеоперационном периоде пациентам в независимости от степени белково-энергетической недостаточности была продолжена нутриционная терапия до возможности усваивать 75% рекомендуемого калоража и объема рациона. Выводы: Биоимпедансный анализ состава тела позволяет уточнить степень саркопении, структуру белково-энергетических нарушений, что обеспечивает более персонализированный подход к выбору программ предоперационной нутритивной подготовки. Разработанный курс нутриционной коррекции позволил снизить процент осложнений в послеоперационном периоде.

541. Асептический панкреонекроз: следуем современным подходам к лечению

*Солодов Ю.Ю., Демин Д.Б., Фуныгин М.С.,
Мамина Ю.Р.*

Оренбург

ОргМУ

Актуальность. Острый деструктивный панкреатит является наиболее тяжелым заболеванием органов брюшной полости и занимает одно из ведущих мест в неотложной абдоминальной хирургии. Лечение больных с деструктивными формами панкреатита остается наиболее сложной и трудоемкой проблемой для специалистов ургентной хирургии. Об этом свидетельствует как отсутствие единых согласованных взглядов, так и значительная вариабельность послеоперационной летальности. В настоящее время острый панкреатит занимает третье место среди неотложных заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита. Средняя летальность составляет 2,6 – 9%. Средняя послеоперационная летальность составляет 20-25%. Цель: анализ результатов лечения 14 больных

различными формами панкреонекроза на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» в 2017 году. Материалы и методы: было проанализировано 14 историй болезни пациентов с панкреонекрозом. Результаты. Было выявлено, что преобладающее количество приходится на долю асептического панкреонекроза – 11 человек, из которых острый жировой панкреонекроз наблюдался у 4 больных, острый геморрагический панкреонекроз – 3, острый смешанный панкреонекроз – 5, в стадии гнойных осложнений – 3. У всех пациентов острый панкреатит сопровождался разлитым перитонитом. При поступлении оценивались данные лабораторных и инструментальных исследований – ОАМ, ОАК, УЗИ. Стоит отметить, что для больных стерильным панкреонекрозом были выявлены характерные клинические признаки – интенсивный болевой синдром по всему животу, тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, отсутствие дефекации, а также явления интоксикации организма. При пальпации характерны разлитая болезненность по всей брюшной стенке, максимально выраженная в эпигастрии, положительные симптомы раздражения брюшины. Живот в акте дыхания не участвует. Для больных же инфицированной формой панкреонекроза специфических жалоб, позволяющих дифференцировать данную патологию от асептической формы, выявлено не было. При диагностике инфицированного панкреонекроза делался упор на заключение результатов УЗИ и КТ. УЗИ проводилось при поступлении, также в последующем делалось контрольное УЗИ для отслеживания динамики процесса. На УЗИ оценивалось состояние поджелудочной железы и наличие свободной жидкости в БП. В общем ОАМ оценивался уровень диастазы (Д). У трех больных при поступлении уровень Д был в пределах нормы (321), у 11 – превышал норму. В ОАК оценивалось прежде всего количество лейкоцитов, свидетельствующее о наличии или отсутствии системной реакции, у 11 больных при поступлении отмечался лейкоцитоз, у 1 – лейкопения, у 2 – норма. Время проведения лапароскопии определялось тяжестью состояния при поступлении, динамикой процесса. Показаниями для выполнения лапароскопии являлись: обнаружение при УЗИ свободной жидкости в БП и положительные симптомы раздражения брюшины, то есть клиника панкреонекроза и перитонита. Лапароскопия включала: удаление выпота из БП, ревизию органов БП, санация и дренирование БП. При оценке выпота оценивались его количество, какой выпот; также выпот отправлялся на бактериологическое

исследование и на оценку содержания диастазы (Д). У 5 пациентов выпот имел серозно-геморрагический характер, у 4 – серозный, у 2 – геморрагический и у 3- гнойный. Уровень Д был повышен у всех пациентов. Количество выпота варьировало от 200 мл до 1000 мл. Консервативное лечение: больным было назначено раннее энтеральное питание со 2 суток с момента проведения хирургического вмешательства для улучшения барьерной функции. Консервативная терапия также была направлена на восстановление и ограничение воспалительных процессов путём назначения блокаторов поджелудочной секреции. Проводилась коррекция водно-электролитного баланса, включающая переливание изотонических растворов. В целях детоксикации проводилась инфузионная терапия в режиме форсированного диуреза. Также были назначены аналоги соматотропного гормона, ингибиторы протонной помпы. Проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия, включающая назначение спазмолитиков. После проведенного лечения пациентам было проведено КТ. У всех отмечались признаки ОП, у 5 отмечалось внепанкреатическое распространение процесса. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии для последующего лечения и наблюдения в амбулаторных условиях. Вывод. В настоящее время преобладают асептические формы панкреонекроза.

542. Тактика хирургического лечения при осложненных формах колоректального рака

*Шабунин А.В., Багателия З.А., Гугнин А.В.,
Коржева И.Ю.*

Москва

ГКБ им С.П. Боткина

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с осложненными формами колоректального рака (кровотечение, перфорация, непроходимость), путем проведения сравнительного анализа различных тактических подходов и методик. Материалы и методы. В ретроспективном исследовании оценены результаты клинического наблюдения 912 пациентов, которые находились на

лечении в хирургической клинике Боткинской больницы с 2012 по 2017 гг. Структура осложнений в этот период составила: кровотечение - 192 (21%), перфорация - 148 (16%), непроходимость - 572 (63%). В статистический анализ вошли больные, у которых неэффективность консервативных методов лечения потребовала в дальнейшем выполнения экстренных и срочных операций. В I группу вошли 77 пациентов с колоректальным раком (КРР), осложненным кровотечением. Этим пациентам выполнены оперативные вмешательства: экстренные операции – 15 (19,5%), эндоскопический гемостаз+срочная операция – 60 (78%), эмболизация+операция – 2 (2,5%). II группу составили 143 пациента с КРР, осложненным перфорацией. Пациентам были выполнены хирургические вмешательства: резекционные вмешательства – 111 (78%), ушивание перфорации+декомпрессионная стома – 14 (9,8%), дренирование абсцесса+декомпрессионная стома – 18 (12,2%). В III группу больных, состоящую из двух подгрупп, вошли 526 пациентов с КРР, осложненным непроходимостью. В первой подгруппе (226 пациентов) в период с 2012-2014 гг. выполнены резекционные операции – 178 (78,8%), декомпрессионные стомы – 29 (12,9%), стентирование – 19 (8,3%); во второй подгруппе (300 пациентов) в период с 2015-2017 гг. были выполнены резекционные вмешательства – 116 (34,7%), декомпрессионные стомы – 112 (37,3%), стентирование – 84 (28%). Результаты. Анализ I группы (КРР с кровотечением) выявил более высокие показатели (средний койко-день – 15,6; п/о осложнения – 5 (29,5%); п/о летальность – 3 (17,7%) в лечении у пациентов, где при кровотечении гемостаз не был достигнут, в результате чего были выполнены экстренные операции (n=17). В случаях достижения гемостаза (n=60) с последующим проведением срочной операции показатели лечения больных (средний койко-день – 10,2; п/о осложнения – 9 (15%); п/о летальность – 3 (5%) были существенно лучше. Полученные результаты лечения во II группе (КРР с перфорацией) оказались весьма высокими при любом виде оперативного вмешательства и в среднем составили: средний койко-день – 14,9; п/о осложнения – 54,9%; п/о летальность – 29,9%. В III группе (КРР с непроходимостью) в первой подгруппе (2012-2014 гг.) были получены неудовлетворительные результаты лечения больных: средний койко-день – 13,9; п/о осложнения – 29,8%; п/о летальность – 18,2%. В связи с этим в лечебную практику хирургической клиники Боткинской больницы был введен усовершенствованный алгоритм лечения больных при кишечной непроходимости. На

основании этого в последующем в период с 2015-2017 гг. во второй подгруппе больным резекционные вмешательства выполнялись реже, в большем количестве формировались декомпрессионные стомы, а стентирование опухолевого стеноза производилось не только инкурабельным пациентам, но и как «мост» к плановой радикальной операции. Результаты лечения больных во второй подгруппе значительно улучшились: средний койко-день – 11,1; п/о осложнения – 17,1%; п/о летальность – 10,3%. Выводы. Эндоскопический гемостаз является методом выбора для остановки толстокишечного кровотечения. Резекционные вмешательства с этапным лечением перитонита служат операцией выбора при колоректальном раке, осложненном перфорацией; при внебрюшинной перфорации с формированием абсцесса и отсутствием явлений перитонита, возможно использование миниинвазивных методов лечения - дренирование абсцесса, формирование декомпрессионной стомы. Применение этапных, матотравматичных методов лечения, направленных на разрешение экстренного хирургического осложнения, позволяет улучшить результаты лечения больных с осложненным колоректальным раком.

543. Симультанные операции при хирургических и гинекологических заболеваниях органов брюшной полости

Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1), Круглова И.А.(2), Алакаева Д.Р.(2)

Уфа

1. ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет", Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии,
2. ГБУЗ ГКБ №18

Актуальность исследования: По данным ряда авторов сочетание хирургической и гинекологической патологии составляет 20-30% от общего числа проводимых оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, из них только в 3-4% случаев до операции устанавливается наличие сочетанной

патологии. Материалы и методы: Нами был проведен анализ результатов лечения 65 пациенток гинекологического отделения ГКБ № 18 в возрасте 50-70 лет (среднее значение 55.8 лет), которым были выполнены симультантные операции. Лапароскопические вмешательства осуществлялись с помощью эндовидеохирургического комплекса "Азимут" (Казань), Аксиома (Санкт-Петербург), инструментарий также "Аксиома" (Санкт-Петербург), "Азимут" (Казань). Полученные результаты: Пациенты были поделены на 3 основные группы. 1 группа - 23 человека, которым симультанное оперативное лечение запланировано и проведено лапароскопическим доступом. 2 группа - 8 человек, которым симультанное оперативное вмешательство начиналось лапароскопическим доступом, но в ходе оперативного лечения из-за массивного спаечного процесса было продолжено и завершено открытым доступом. 3 группа - 29 человек, оперированная открытым доступом. Обсуждение: В 1 группе у 22 из 23 пациентов спаечная болезнь была диагностирована интраоперационно, что потребовало совместной работы с бригадой хирургов. 1 пациентке была проведена субтотальная гистерэктомия по поводу миомы матки совместно с удалением липомы передней брюшной стенки. 2 группа пациентов, оперированная сочетанным доступом имела в анамнезе от 1 до 2 лапаротомических операций. У 2 пациенток были диагностированы грыжи передней брюшной стенки. В ходе симультантных операций им выполнены пластики грыжевого выпячивания с использованием синтетических материалов. 3 группе пациенток оперативное лечение проводилось открытым доступом, что было связано с наличием лапаротомий в анамнезе, сопутствующей экстрагенитальной патологией. 4 пациенткам из этой группы в ходе симультантной операции были проведены субтотальная гистерэктомия с придатками (2 пациентки) и двусторонняя аднексэктомия (2 пациентки) с грыжесечением по поводу пупочной грыжи (пластики по Сапежко). 1 пациентке была проведена абдоминопластика по поводу ожирения 4 степени, совместно с тотальной гистерэктомией с двухсторонней аднексэктомией. 1 пациентка оперирована по поводу липомы забрюшинного пространства и опухоли левого яичника. Послеоперационный период у пациентов из всех групп протекал без особенностей. Выводы: 1. Проведение симультантных оперативных вмешательств имеет ряд преимуществ: сокращает сроки и повышает эффективность лечения больных с сочетанной патологией. 2. При сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза

позволяет избежать повторных вмешательств, улучшает качество жизни пациентов.

544. Первый опыт использования баллонной ангиопластики в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Скороваров А.С., Сулейманов Ш.А., Магомедов Н.Н., Магомедов Р.З., Гереева З.К.

Махачкала

ДГМУ, Городская клиническая больница 1

Первый опыт использования баллонной ангиопластики в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы. Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Скороваров А.С., Сулейманов Ш.А., Магомедов Н.Н., Магомедов Р.З., Гереева З.К. Актуальность. Несмотря на определенные успехи в лечении больных с синдромом диабетической стопы, эта проблема остается актуальной и по настоящее время. Это обусловлено довольно высоким процентом высоких ампутаций у этих больных - до 20%, а при наличии окклюзионных и стенозированных поражений - более 40%. Эффективность лечения этих больных снижается при распространенных стенозированных или окклюзионных поражениях сосудов нижних конечностей. У больных с синдромом диабетической стопы при ишемической форме наиболее часто наблюдается стенозированное поражение на уровне бедренно-подколенного сегмента и оно является наиболее неблагоприятным для адекватного восстановления магистрального кровотока. В настоящее время в лечении больных с синдромом диабетической стопы стали широко использовать рентгенэндоваскулярные вмешательства - баллонная ангиопластика и стентирование сосудов нижних конечностей. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 24 больных с синдромом диабетической стопы, находившихся на лечении в республиканском отделении хирургической инфекции в 2017 году. Мужчин было 8, женщин 16. Средний возраст составил 59 лет. Кровообращение в стадии субкомпенсации было у 9 больных, декомпенсации - у 15 больных. Гнойно-

некротическое поражение стопы соответствовало 4 стадии по классификации Вагнера. При поступлении больные жаловались на наличие болей в конечности, усиливающихся при наступлении на конечность, перемежающую хромоту через 50-200 метров, онемение и замерзание стоп. Ультразвуковое исследование выявило у 6 больных поражение бедренного сегмента, у 7 подколенного сегмента и у 11 стенозированное поражение на голени. Данные ультразвукового исследования подтвердили и ангиографией. С целью предоперационной подготовки для коррекции сахара всех больных переводили на лечение простым инсулином. Больные получали антибиотики по чувствительности к микрофлоре, антитромботические препараты, вазопротекторы, антиоксиданты, коррекцию сопутствующих заболеваний. Всем этим больным, после соответствующей подготовки, выполнена баллонная ангиопластика бедренным доступом, с оставлением стента в пораженной артерии. Результаты. Оценка непосредственных результатов использования баллонной ангиопластики в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы показала, что полноценная конечность удалось сохранить у 7 больных, что является неплохим результатом. Снизить уровень ампутации, с сохранением опорной функции стопы удалось у 9 больных, высокие ампутации выполнены у 8 больных (табл 1). Таким образом, общий положительный результат получен у 67% больных, высокие ампутации выполнены у 33 % больных. Летальность составила 1(4%) больной. Умерший больной В. 1950 г.р. № истории болезни 31/78. В ноябре больному выполнена баллонная ангиопластика по поводу стенозированного поражения на подколенной артерии, гангрены левой стопы. На 4-е сутки после ангиопластики выполнена ампутация 1-2 пальцев левой стопы. Был выписан в удовлетворительном состоянии. Больной дома не соблюдал назначенную терапию, нарушал диету. Через 2 недели рестеноз подколенной артерии, в связи с чем выполнена ампутация на уровне нижней трети бедра. Больной умер на 2-е сутки после операции от тромбоэмболии легочной артерии. Виды оперативных вмешательств Вид вмешательства Количество больных(24) Некрэктомия, вскрытие гнойных затеков 7(29,2%) Ампутации пальцев, резекция костей стопы 9(37,5%) Ампутации на уровне голени 5(20,8%) Ампутации на уровне бедра 3(12,5) Летальность 1 (4%) Выводы: 1. Использование рентгенэндоваскулярных вмешательств в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы при окклюзиях и стенозах сосудов нижней конечности приводит к

улучшению результатов лечения этих больных. Сохранить опорную функцию конечности удалось у 67% больных. 2. При стенозах и окклюзиях у больных с синдромом диабетической стопы можно рассматривать данный вид вмешательства как метод выбора для спасения конечности.

545. Опыт хирургического лечения больных с множественными повреждениями сосудов шеи в период боевых действий

*Долгополов В.В., Сумишевский Э.В.,
Жаданов В.И., Долгополова Е.В.*

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Актуальность. Ранения сосудов шеи встречаются нечасто, но они крайне опасны из-за риска развития угрожающего жизни кровотечения, дыхательных или неврологических расстройств. Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 14 пациентов с множественными повреждениями сосудов шеи. У 9 человек выявлено одновременное повреждение 2 сосудов, у 5 - трех. Основной причиной травмы сосудов были колото-резаные ранения. Данная категория пациентов отличается тяжестью повреждений. Больные нуждались в срочной доставке в операционную для остановки кровотечения и оказания реанимационных мероприятий. Все оперированы под интубационным наркозом. Мы придерживались следующей тактики: при технической возможности восстанавливали целостность артерии боковым швом или анастомозом "конец в конец", для профилактики стеноза применяли аутовенозную заплату. Мы отдаем предпочтение аутовене, учитывая ее более высокую тромборезистентность и потенциальную возможность развития гнойной инфекции. При повреждении наружной сонной артерии (НСА) и ее ветвей накладывали лигатуры при условии, что сохранена проходимость внутренняя сонная артерия (ВСА). Полученные результаты и их обсуждение. При повреждениях общей сонной артерии во всех случаях выполнены восстановительные операции (боковой шов - 6, аутовенозное протезирование - 2, аутовенозная

заплата - 4). Наружную сонную артерию и наружную яремную вену лигировали. При наличии линейных ранений внутренней яремной вены выполняли боковой шов (7 пациентов). При обширных ранениях яремной вены, требовавших сложных видов пластики или протезирования предпочтение отдавали наложению лигатуры (7 пациентов). Для уменьшения степени ишемии головного мозга в первую очередь производили реконструкцию артерий. Неврологической симптоматики в дооперационном и послеоперационном периодах в группе множественных повреждений не было. Для оценки результатов в ближайшем периоде использовали: клинический осмотр больного с динамическим наблюдением невролога, дуплексное сканирование и компьютерную томографию. Количество хороших и удовлетворительных результатов преобладает в группе колото-резаных повреждений. Самыми неблагоприятными являются огнестрельные повреждения. Это обусловлено тем, что современная огнестрельная рана характеризуется обширностью, глубиной, множественностью повреждения тканей и органов. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях сосудов, прежде всего зависела от обширности травмы. Производили полноценную хирургическую обработку с удалением всех разрушенных и нежизнеспособных тканей. Восстановительные операции произведены нами в 3 случаях - выполнено аутовенозное протезирование сосудов. Это было обусловлено обширным разможением сосудистой стенки, выполнить пластическую операцию не представлялось возможным. Только у крайне тяжелых больных предпочтение отдавали перевязке сосуда. Эта операция выполнена в 7 случаях. При анализе послеоперационного периода у пациентов после перевязки внутренних яремных вен и позвоночных артерий неврологического дефицита не выявлено. При анализе непосредственных причин смерти двое пациентов погибли от острой кровопотери. Выводы и рекомендации. Таким образом, результаты хирургического лечения зависят от механизма повреждения и локализации ранения. Большинство негативных результатов связано с огнестрельными и сочетанными повреждениями сонных артерий. Наиболее неблагоприятными являются ранения в основаниях шеи и черепа. Очаговую неврологическую симптоматику при ранениях сонных артерий имели 10 % пациентов. Госпитальная летальность при травматических повреждениях сосудов шеи обусловлена острой кровопотерей и составляет 3,1 %. Хорошие результаты лечения больных с повреждениями

сосудов шеи достигаются в условиях крупного многопрофильного лечебного учреждения с использованием современных методов диагностики. При необходимости формируется бригада с участием ангиохирурга, хирурга, оториноларинголога. Повреждения магистральных артерий требуют обязательной попытки восстановления кровотока.

546. Интраоперационная холедохоскопия в диагностике и лечении холедохолитиаза

*Кунафин М.С.(1), Абдуллина Г.А.(1),
Ишмухаметов П.А.(2), Арсланова Л.Г.(2)*

Уфа

1. ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Институт дополнительного профессионального образования кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузи

Актуальность: Диагностическая и лечебная интраоперационная холедохоскопия при механической желтухе является определенным этапом выполнения оперативного вмешательства на желчевыводящих путях. К настоящему времени четко определены показания к ее выполнению: - уточнение причин желтухи (холедохолитиаз, стеноз БДС, опухоли желчевыводящих путей); -удаление конкрементов из холедоха; -ревизия желчных путей после удаления конкрементов. Внедрение в широкую практику хирургических стационаров интраоперационной холедохоскопии позволяет решить одну из проблем хирургического лечения больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой: диагностику и устранение причин блокировки желчевыводящих путей. У больных, перенесших холецистэктомию по поводу острого калькулезного холецистита, камни в желчных протоках наблюдаются в 20-40% случаев (Васильев Р.Х.,1989). По данным Н.Burhenne (1973), спустя некоторое время после холецистэктомии в 2-5% случаев выполняется повторная операция с целью удаления резидуальных желчных камней. Резидуальные камни на сегодняшний день

являются наиболее частой причиной повторных оперативных вмешательств по поводу так называемого постхолецистэктомического синдрома. Материалы и методы: В нашей клинике с 1996г. осуществляется интраоперационная холангиоскопия (ИОХС), которая выполняется холедохоскопом фирмы "Olympus". За указанный период произведено 541 исследование. Показаниями к данному исследованию являлись: гипербилирубинемия, расширенные по данным ультразвукового исследования или компьютерной томографии желчные протоки, холедохолитиаз, наличие преходящих желтух в анамнезе. Выявлено: холедохолитиаз 204 (37,7%), стеноз БДС 80 (14,8%), опухолевые поражения желчных протоков 23 (4,2%), различные формы холангита 345 (63,7%) случаев и в 17 (3,2%) случаях патологии не выявлено. Эндоскоп вводился через холедохотомическое отверстие равное по размерам диаметру аппарата или максимальному диаметру выявленных в просвете холедоха конкрементов. При обнаружении в печеночных протоках конкрементов извлечение их проводилось катетером Фогарти, либо корзинкой Дормиа, или вымыванием конкрементов напором водяной струи. При выявлении опухолевых поражений выполнялась прицельная биопсия. В 27 (4,9%) случаях в терминальном отделе холедоха отмечается фибринозный холангит с эрозиями разной формы, без нарушения проходимости Фаттерова соска. Изменения в холедохе были расценены как последствия транзитного холедохолитиаза, приведшие к ограниченным эрозивным изменениям слизистой в области длительного контакта с камнем. В 31% случае холедохоскоп диаметром 5мм свободно проведен через фатеров сосок в 12-ти перстную кишку, что позволило исключить необходимость последующей инструментальной проверки проходимости холедоха. Выводы: таким образом, ИОХС является высокоэффективным методом диагностики патологических изменений в дистальных отделах билиарного тракта, приводящих к развитию механической желтухи, позволяет выработать тактику оперативного лечения, а также предоставляет возможность удаления желчных конкрементов с помощью эндоскопических инструментов под постоянным визуальным контролем.

547. Лечение больных субкритической ишемией нижних конечностей при поражении дистального сосудистого русла

Суковатых Б.С., Орлова А.Ю., Артюшкова Е.Б.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей составляют более 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии, что соответствует 2-3% от общей численности населения и 35-50% от численности лиц старше 60 лет. Особенностью этих заболеваний является тенденция к неуклонному прогрессированию процесса, высокой степени инвалидизации, ампутациям и летальности. Несмотря на широкое распространение различных видов реконструктивных оперативных вмешательств и прогресс в разработке и создании многочисленных моделей имплантатов, не всегда удается добиться адекватной перфузии ишемизированных тканей. Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с субкритической ишемией на фоне хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей с окклюзией дистального русла путем применения нового способа стимуляции неоангиогенеза. Материалы и методы: проведен анализ результатов исследования 78 больных с субкритической ишемией нижних конечностей IIIA степени на фоне облитерирующего атеросклероза, при их информированном согласии, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии МУЗ ГKB СМП г. Курска с 2014 по 2017 годы. Средний возраст пациентов составил $63,7 \pm 2,1$ года, из них 69 (92%) были мужского и 6 (8%) женского пола. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет и составила в среднем $6,5 \pm 0,5$ года. Все больные находились на стандартном курсе сосудистой терапии и были разделены на 2 равноценные по тяжести состояния группы: контрольную в количестве 45 человек, перенесших классическую реваскуляризирующую остеотрепанацию (РОТ) и исследуемую - 33 человека, которым проводился новый способ стимуляции неоангиогенеза путем введения под ультразвуковым контролем полученного аутологичного костного мозга в объеме 20 мл в зоны анатомического расположения нефункционирующих артериальных коллатералей

из двух точек по ходу глубокой бедренной и подколенной артерий в объеме по 10 мл в каждую. Для оценки состояния конечности использовали стандартные методы инструментальной диагностики: реовазографию, фотоплетизмографию, доплерографию. Основными критериями терапии явились реовазографический индекс (РИ), фотоплетизмографический индекс (ФИ) и лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), которые определяли до и через 6 месяцев после лечения у больных в обеих группах. Полученные результаты и их обсуждение. У всех больных присутствовала боль покоя, однако ишемические трофические расстройства, отеки нижних конечностей и некрозы не отмечались. Таким образом, у всех пациентов клиническая картина соответствовала субкритической ишемии конечностей IIIA степени. Динамика показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции до и через 6 месяцев после выполнения РОТ была следующей: до лечения: РИ- $0,18 \pm 0,04$, ЛПИ- $0,33 \pm 0,05$, ФИ (%) - $22,9 \pm 0,8$; после лечения: РИ- $0,26 \pm 0,05$, ЛПИ- $0,35 \pm 0,06$, ФИ- $25,8 \pm 1,7$; по оригинальному способу: до лечения: РИ- $0,2 \pm 0,02$, ЛПИ- $0,32 \pm 0,03$, ФИ (%) - $21,7 \pm 1,6$; после лечения: РИ- $0,3 \pm 0,02$, ЛПИ- $0,49 \pm 0,03$, ФИ- $29,8 \pm 1,6$. В исследуемой группе по сравнению с контрольной пульсовой кровоток нижних конечностей через 6 месяцев после операции возрос в 1,1 раза, магистральный кровоток - в 1,4 раза и уровень микроциркуляции - на 4%. Вывод. Лечение субкритической ишемии нижних конечностей аутологичным костным мозгом патогенетически обоснованно и эффективно.

548. Роль прокальцитонина в диагностике несостоятельности толстокишечного анастомоза

Гидирим Г.П. (1), Мишин И.В. (1,2), Плешко Е.Н. (1)

Кишинев, Молдова

(1) Кафедра хирургии №1 им. “Николае Анестиади”, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный университет медицины и фармации им. “Николае Тестемицану”, (2) Институт срочной медицины

Введение: Несостоятельность кишечного анастомоза является чрезвычайно серьезным осложнением колоректальной хирургии. По данным специализированной литературы частота развития данного осложнения колеблется в достаточно широком диапазоне от 3.3% до 25.1%. Ранняя диагностика этого осложнения затруднена, что объясняется использованием в послеоперационном периоде – обезболивающих, антибиотикотерапии и т.д. В настоящее время, в качестве серологического маркера несостоятельности кишечного анастомоза рассматривается прокальцитонин (ПКТ), однако количество сообщений в литературе ограничено, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований в данной области. Целью данного исследования является изучение динамики плазматического содержания ПКТ после наложения толстокишечных анастомозов и возможности его использования в качестве серологического маркера при развитии несостоятельности кишечных анастомозов. **Материал и методы:** Клиническое исследование включало в себя 17 пациентов, которым были проведены различные хирургические вмешательства, закончившиеся наложением толстокишечного анастомоза. В послеоперационном периоде была изучена частота развития и тяжесть его несостоятельности. В данном исследовании была использована классификация несостоятельности кишечного анастомоза, предложенная в 2013г., International Study Group of Rectal Cancer. У всех пациентов в послеоперационном периоде была изучена динамика изменения уровня ПКТ в крови на 3-й, 5-й и 7-й день после операции. Для определения ПКТ использовался набор (Вектор Б, Новосибирск, Россия). Определение осуществлялось посредством иммуноферментного анализа (ELISA) на автоматическом иммунологическом анализаторе Elisys Uno (Human, Германия). Нормой ПКТ

считалось значение < 0.1 нг/мл. Результаты: После изучения послеоперационного периода были выделены три группы: I группа (n=8) – без развития несостоятельности анастомоза в послеоперационном периоде; II группа (n=6) – была диагностирована несостоятельность кишечного анастомоза степени В; III группа (n=3) – послеоперационный период был осложнен развитием несостоятельности кишечного анастомоза степени С. На 3-й день после оперативного вмешательства во всех трех группах отмечалось увеличение уровня ПКТ в крови: I группа – 0.76±0.26 нг/мл, II группа – 1.45±0.21 нг/мл и III группа – 5.86±0.84 нг/мл. Таким образом, отмечается статистически достоверный рост уровня ПКТ в III-ей группе vs I группа (p<0.0001). На 5-ый день послеоперационного периода этот показатель составил в I группе – 0.38±0.23 нг/мл, во II группе – 2.98±0.34 нг/мл и в III группе – 15.83±2.39 нг/мл. При сравнении полученных данных отмечается статистически достоверный рост уровня ПКТ во II-ой и III-ей группах vs I группа (p<0.0001). На 7-й день после оперативного вмешательства уровень ПКТ составил в I группе – 0.08±0.03 нг/мл, во II группе – 5.11±0.49 нг/мл и в III группе – 28.13±5.82 нг/мл. Исходя из вышеизложенного, отмечается рост уровня ПКТ во II-ой и в III-ей группе (p<0.0001) vs I группа. **Выводы:** При неосложненном течении послеоперационного периода после наложения толстокишечных анастомозов отмечается незначительное повышение уровня ПКТ крови на 3-й день после операции и с последующим его снижением на 5 и 7 день. В случае развития в послеоперационном периоде несостоятельности кишечного анастомоза отмечается статистически достоверный прогрессирующий рост уровня ПКТ в крови на 3, 5 и 7 день. Таким образом, ПКТ может рассматриваться в качестве серологического маркера несостоятельности кишечного анастомоза.

549. Эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

*Власов А.Ф.(1) Абдуллина Г.А.(1),
Хисамутдинова Р.И.(2), Филиппов И.В.(2)*

Уфа

1. ФГОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации Институт дополнительного профессионального образования кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузио

Актуальность: Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта являются одной из актуальных проблем современной хирургии. Это связано с высокой частотой, рецидивированием, иногда трудностью диагностики, высокой летальностью и затратами на лечение данной группы больных. На показатели летальности влияет отсутствие общепринятой концепции лечения, сохраняющиеся разногласия по поводу показаний, сроков и объема оперативного вмешательства. По данным Багненко С.Ф. (2009), основной проблемой при использовании эндоскопического гемостаза является высокая частота рецидивов кровотечения – до 20–30%. Поэтому проблема прогнозирования рецидивов кровотечений и выбора метода надежного гемостаза остается актуальной. Материалы и методы: За период 2014–2016 гг. в эндоскопическом отделении МУ ГКБ №18 г. Уфы осмотрено (ФГДС) 208 пациентов, поступивших с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК), из них мужчин было 160 (76%), женщин – 48 (37%). Чаще всего кровотечения возникают у лиц в возрасте 40–60 лет и старше 70 лет. По нашим данным основными источниками кровотечения были: язвы 12-перстной кишки (37%), синдром Маллори-Вейса (26%) и язвы желудка (25%). Наиболее редкими причинами кровотечения оказались: хроническая язва нижней трети пищевода - 0,96%, химический ожог пищевода – 0,48% и рак желудка – 0,96%. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и пептических язв анатомозов (после резекции желудка по Бильрот-I, Бильрот-II) установлено у 9 (4,33%) и 7 (3,37%) человек соответственно, преимущественно у лиц мужского пола. Нами при активном кровотечении из желудка и 12-перстной кишки у 36 (53%) пациентов проводился гемостаз орошением источника кровотечения 96% раствором этилового спирта, у

21(31%) - обкалыванием язвенного дефекта 0,01% раствором адреналина, у 11(16%) - термокоагуляцией. Из данной группы больных после проведенного гемостаза у 6 пациентов (3-9%) отмечался рецидив кровотечения, больные были взяты на операцию. При продолжающемся кровотечении из нижней трети пищевода (синдром Маллори-Вейса, язва пищевода) проводилось обкалывание дефекта слизистой 0,01% раствором адреналина в 73% случаев, орошением 96% раствором этилового спирта – в 27% случаев. Эффективность составила 90% и 93% соответственно. Выводы: Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта остается острой проблемой экстренной хирургии. Наиболее частой причиной кровотечений являются язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром Маллори-Вейса, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и злокачественных опухолей. Эндоскопический метод диагностики кровотечений является на сегодня ведущим. Из эндоскопических способов лечения наиболее часто используются комбинированные методы гемостаза, такие как: диатермокоагуляция, инъекции сосудосуживающих средств, орошение этанолом. По нашим данным применение указанных методов позволило достичь безрецидивного гемостаза в 91-97% случаев при язвенных кровотечениях и в 90-93% случаев при наличии источника кровотечения в пищеводе. Но в ряде случаев эндоскопический гемостаз не может быть альтернативой или заменой открытой хирургии, а выполняет роль дополнительного метода диагностики кровотечений и их прогнозирования.

550. Оптимизация малоинвазивных доступов дренирования при панкреонекрозе

*Малков И.С. (1), Филиппов В.А. (1),
Зайнутдинов А.М. (1), Коробков В.Н. (1),
Шарафисламов И.Ф. (2), Киршин А.П. (2)*

Казань

- 1) КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
- 2) ГАУЗ "Городская клиническая больница № 7"

Актуальность. Лечение больных с панкреонекрозом, в частности вопросы дренирования, до настоящего времени не имеют однозначного решения. В последнее время широко используются методы малоинвазивной хирургии под лучевым контролем, которые нередко позволяют вылечить больных без использования лапаротомии. Существует два вида доступов к жидкостным скоплениям: трансорганный и внеорганный. Трансорганный используется в основном при небольших жидкостных образованиях (до 4-5 см) прилежащих к органу и невозможности его смещения (желудок, левая доля печени). В основном это скопления в области головки и тела поджелудочной железы. Наиболее предпочтительными, на наш взгляд, являются внеорганные доступы. Данные доступы применяются, как правило, при больших скоплениях и осуществляются через желудочно-ободочную связку. Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом, путем разработки оптимальных доступов для дренирования жидкостных скоплений. Материал и методы. Были проанализированы ретроспективно результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом находившихся на лечении в ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани с 2012 по 2017 гг.. Всего было 234 больных с асептическим и инфицированным панкреонекрозом, у которых выявлены жидкостные скопления потребовавшие дренирования под ультразвуковым контролем. Нами применялись оригинальные доступы к локализованным жидкостным очагам. Манипуляции выполнялись с помощью троакара. Прокол кожи производился перпендикулярно к ее поверхности методом "Free hand" под контролем ультразвукового датчика. Инструмент продвигался к очагу, обходя прилежащие органы. Пациенты были разделены на две группы. В первой группе, 54 пациента, пункция выполнялась классическим способом. Во второй группе, 180 пациентов,

пункция проводилась с использованием троакара с закругленным мандреном. Под ультразвуковым контролем создавали новокаиновую подушку в толще большого сальника, что позволяет избежать конфликта с сосудами и применять троакары различного диаметра. При локализации патологического процесса в области хвоста поджелудочной железы проводили пункцию боковым доступом. Создавали новокаиновую подушку между нисходящим отделом ободочной кишки и почкой, либо между селезенкой и толстой кишкой, что позволило провести троакар к патологическому очагу внеоргано. Результаты. Пункция в левом подреберье применялась в связи с наличием так называемого "акустического окна", проходящем через lig. gastrocolicum между контуром дна желудка, левой долей печени и поперечно-ободочной кишкой. Он был применен у 153 пациентов для дренирования сальниковой сумки. Второй по частоте доступ располагался в правом подреберье и был осуществлен у 39 больных при локализации патологического очага в области головки и тела поджелудочной железы. Пункционный канал проходил впереди 12-перстной кишки между желудком и поперечно-ободочной кишкой. Доступ в левой поясничной области использовали в 42 случаях. При этом пункционный канал проходил при жидкостных скоплениях и абсцессах, локализованных в области хвоста поджелудочной железы или параколической клетчатки, между селезенкой и толстой кишкой – 23 и между нисходящим отделом ободочной кишки и почкой - 19. При выполнении дренирования в первой группе наблюдались осложнения в 11 % . Имело место 5 случаев кровотечения, которые удалось остановить консервативно и 1 потребовало выполнения лапаротомии. Во второй группе, в случае проведения дренирования с использованием новокаиновой подушки, за исследуемый период осложнений не было. Выводы. Таким образом, предлагаемые доступы с созданием «новокаиновой подушки» позволяют выполнить дренирование жидкостных скоплений и абсцессов при панкреонекрозе внеорганным способом и позволяют избежать осложнений.

551.Современные взгляды на миниинвазивное лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой

*Казаков Н.М., Тимербулатов М.В.,
Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Гарифуллин Б.М.,
Гимаев Э.Ф., Гришина Е.Е.*

Уфа

ГБУЗ РБ ГKB № 21 город Уфа

Актуальность. В современной хирургии желчнокаменная болезнь не теряет своей актуальности и относится к числу самых неуклонно растущих хирургических заболеваний. По данным мировой литературы, основным осложнением желчнокаменной болезни остается холедохолитиаз осложняемый механической желтухой, который выявляется у 10-30 % больных. В настоящее время одно из основных направлений малоинвазивного лечения больных с холедохолитиазом, является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), имеющая ряд преимуществ перед лапаротомными операциями. Одной из причин не широкого внедрения ЭПСТ для устранения холедохолитиаза является высокая (6 – 10%) частота осложнений, летальность достигает (1 – 4%), неудачи выполнения операций (5 – 7%), необходимость разрушения неизмененного большого дуоденального сосочка. В настоящее время альтернативой ЭПСТ, является использование одноэтапной лапароскопической интраоперационной холангиоскопии (ИХС), с последующей холедохолитотомией и холедохолитозэкстракцией. Цель исследования поделится опытом применения ИХС и литоэкстракции при лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Материал и методы исследования. Проведен анализ медицинских карт выписанных пациентов из хирургического отделения ГБУЗ РБ ГKB №21 г Уфа, в период с 2008 по 2017г. Общее количество составило человек 495, из них женщин 69%, мужчин – 31%. Средний возраст составил 56,6±6,5 лет. Больные были разделены на три группы: первая – пациенты, у которых выполнялась ИХС (121 больных), вторая – пациенты, у которых холедохотомия выполнялась во время открытых вмешательств (203 больных) и третья группа: больные которым первым этапом проводилось ЭПСТ (189). Лапароскопическая фиброхолангиоскопия была выполнена 121 больным. Из них с диагностической целью – 15; Аденокарцинома общего желчного протока (с

взятием биопсии) – 5; Гнойный холангит – 12. С лечебной целью (удаление камней) – 101: через пузырный проток - 25 в т.ч. дренирование холедоха через пузырный проток - 10; через холедохотомическое отверстие – 76 в т.ч. дренирование холедоха – 66; «глухой» шов холедоха – 10. Лапароскопическая фиброхоледохоскопия является объективным методом оценки состояния желчных протоков после удаления камней. Нам представляется перспективным ее использование в диагностике и лечении заболеваний внепеченочных желчных протоков, т.к. ценными качествами лапароскопической фиброхоледохоскопии является ее малая инвазивность, хорошие функциональные результаты, низкий процент осложнений до 6,8%. Выводы :1. ИХС является высокоинформативным малотравматичным, одноэтапным способом интраоперационной диагностики и лечения патологии желчевыводящих путей. Применение ИХС позволило повысить достоверность инструментальных исследований в определении этиологии механической желтухи до 98,6%. Результаты холангиоскопии определяют выбор оптимального завершения холедохотомии. 2. Применение при ИХС позволило сократить продолжительность операции в сравнении с первой группой с 149 до 119(±3,5) минут, предупредило случаи не удаления потенциальных резидуальных камней внутрпеченочной локализации. 3. Реализация возможностей ИХС у больных с механической желтухой, применение минилапаротомного доступа способствовали уменьшению количества послеоперационных осложнений до 6,8%, снижению показателей летальности до 4,7%, сокращению сроков госпитального лечения на 3(±1) дня в сравнении со второй группой. 4. Применение способа позволяет одновременно выполнить минимально инвазивную холецистэктомию и санацию холедоха, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию холедоха, провести полноценную визуальную ревизию холедоха до и после санации, сохранить целостность дуоденального сосочка 12 п. кишки.

552.АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1), Ахмеров Д.Р.(2), Загретдинов А.Ш.(2), Ягудин А.Р.(2)

Уфа

1. ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
2. ГБУЗ РБ ГKB №18

Актуальность: По данным многих авторов причинами развития механической желтухи являются: закупорка желчевыводящих путей желчными камнями или их стриктура, воспалительные процессы, опухоли печени и поджелудочной железы. Диагностика и оказание адекватной хирургической помощи затруднена вследствие наличия общих симптомов болезни, сходных с другими заболеваниями панкреатодуоденальной зоны и, конечно, из-за недостаточной компетенции врачей общей лечебной сети по оказанию таким больным экстренной и специализированной медицинской помощи. Материалы и методы. За 2015-2017 годы в хирургическом отделении ГБУЗ РБ ГKB №18 г.Уфы лечились 49 больных с механической желтухой, которые поступали в клинику в экстренном порядке. Большинство больных (694) были в возрасте старше 60 лет, имели ряд заболеваний, ухудшающих их состояние. В обследовании больных, кроме общеклинического исследования, применялись: УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чрезпеченочная холангиография, эндосонография, КТ, МРТ, лапороскопия. На операции выполнялись: рентгенотелевизионная холескопия, с введением контраста через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие и холангиоскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литотрипсия, литоэкстракция, бужирование, дренирование желчных протоков, чрескожная чрезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с наружным или наружно-внутренним дренированием. Результаты. Оперативное лечение осуществлялось на 2-42 сутки от поступления в клинику. Минидоступ использован у 8 (10%) больных и в 1 (2%) случае операция выполнена через верхнесрединный доступ. Были выявлены следующие причины механической желтухи: желчнокаменная болезнь у 27 (55%) больных, воспалительные стриктуры

желчевыводящих путей у 1 (2) больного, острый холецистит с перипроцессом у 2 (4%) больных, холангиты у 5 (10%) больных, острый панкреатит – у 4 (8%) больных, рак печени – у 3 (6%) больных и рак головы головки поджелудочной железы был у 4 (8%) больных. На операции 26 (53%) больным выполнена холецистэктомия, ЧОХС, литоэкстракция, дренирование холедоха, 21 (42,9%) больному - холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз и 2 (4%) пациентам произведена холецистэктомия с ИОХ, при которой выполнялось удаление камней их холедоха с последующим его ушиванием. Весьма ценным и объективным методом интраоперационной диагностики причин желтухи остается холангиоскопия, которая выполнена у 39 больных (79.5%), что позволило нам определить объем операции, после визуального контроля желчевыводящих протоков и зоны сфинктера Одди. Послеоперационные осложнения возникли в 3 (6,1%) случаях: у 2 больных развился перитонит после несостоятельности холедоходуоденоанастомоза и у 1 больного перитонит при выпадении дренажа из холедоха. После повторной операции пациенты поправились. Умерло 6 (12,2%) больных, страдающих онкологическими заболеваниями печени и головки поджелудочной железы. Выводы: 1) Количество больных с механической желтухой увеличивается и они поступают в хирургические стационары с большим опозданием. 2) Основными причинами задержки поступления больных является поздняя диагностика заболевания, в результате неполноценного обследования их врачами общей лечебной сети. 3) Дальнейшее улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам с механической желтухой связано с совершенствованием диспансеризации лиц, имеющих те заболевания, которые являются причинами развития механической желтухи, проведением комплексного обследования в дооперационный период, использованием по показаниям интраоперационных методов диагностики и лечения больных с данной патологией.

553.Минилапаротомный доступ в лечении осложненной желчнокаменной болезни у больных с соматически отягощенным анамнезом

Рахматуллаев Р.?, Ибрагимов Ш.Б.?, Курбанов Дж.М.?, Муродов И.Х.?, Ашуров А.С.?, Расулов Н.И.?

Душанбе, Турсунзаде.

ЛДЦ «Вароруд», Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ТГМУ им. Абуали Ибн Сино.

Актуальность проблемы: В настоящее время около 60% больных, госпитализированных в хирургические стационары по поводу острого калькулезного холецистита являются лицами пожилого и старческого возраста с сопутствующими соматическими заболеваниями жизненно важных органов, что и в свою очередь, обуславливает высокий риск оперативного вмешательства. Традиционные методики операции сопровождаются высокой частотой различных осложнений и летальностью. Применение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) ограничено, поскольку операция выполняется в условиях напряженного карбоксиперитонеума. С появлением методики холецистэктомии из минилапаротомного доступа в арсенале хирурга появилась еще одна методика, позволяющая избежать ряда специфических осложнений, характерных для ЛХЭ. Данная методика операции с сопоставимым эффектом с ЛХЭ. В первую очередь операция выполняется в безгазовой среде, исключается вредное воздействие карбоксиперитонеума на сердечно-сосудистую и дыхательную систему, операция выполняется под прямым визуальным контролем, является малотравматичной. Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями жизненно важных органов. Материалы и методы исследования. За последние 10 лет у 720 больных осложненными формами желчнокаменной болезни с соматически отягощенным анамнезом нами произведено холецистэктомия из минилапаротомного доступа (МХЭ). Возраст больных от 32 до 88 лет, средний возраст составил 46,2±1,5 года. Мужчин 170 (23,7%), женщин 550 (76,3%). Из числа обследованных 356 (49,4%) больные страдали гипертонической болезнью, 126 (17,5%) ишемической болезнью сердца, 52(7,2%) больные в

анамнезе имели инфаркт миокарда, у 48(6,6%) страдали обструктивным бронхитом, у 52(7,2%) больные страдали сахарным диабетом, у 86 (11,9%) больных отмечено сочетание более 2-х сопутствующих заболеваний. План обследования включало в себя: Общеклинические и биохимические анализы, УЗИ, ЭКГ, ЭХО доплерография, определение функции внешнего дыхания. По данным УЗИ у 71(9,8%) больных выявлен деструктивный холецистит, у 226 (31,3%) больных острый обтурационный холецистит, у остальных 423 (58,7) острый холецистит без деструкции стенок желчного пузыря. Из числа обследованных у 88(12,2%) больных выявлен холедохолитиаз с расширением холедоха от 1,2 до 2,5 см. Согласно классификации ASA операционно-анестезиологического риска 476 (66,1%) больные относились II классу, остальные 244 (33,9%) к III классу. Больных оперировали после соответствующей кратковременной предоперационной подготовки направленной на коррекцию функций жизненно-важных органов, совместно с соответствующим специалистом. Оперативное вмешательство выполняется под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции лёгких, с использованием базовых инструментов для выполнения МХЭ, производимой медицинской компанией «San» (г.Екатеринбург, Россия). Разрез производим трансректально или косо отступая на 1-2 см от реберной дуги длиной до 4 см. МХЭ при остром холецистите имеет некоторые особенности: после разъединении жёлчного пузыря от окружающего инфильтрата, производится пункция жёлчного пузыря у дна, содержимое аспирируется электроотсосом, поскольку в условиях ограниченного пространства, когда желчный пузырь увеличен в размере и напряжен выполнение оперативного вмешательства из минилапаротомного доступа является технически трудным. В дальнейшем выделяются элементы шейки желчного пузыря, пузырного протока и артерию отдельно перевязываем и производим холецистэктомия от шейки, операция завершается дренированием ложа желчного пузыря силиконовой трубкой через контрапертуры в правом подреберье. У 88 больных с холедохолитиазом и механической желтухой произведена супродуоденальная холдохотомия, холедохолитотомия, из них 72 больным операция завершена формированием холедоходуоденоанастомоза по Юрашу – Виноградову, 16 больным произведено дренирование холедоха по Вишневному. Результаты и обсуждения. Из числа всех оперированных у 696 (96,6%) больные операция

завершена из мини лапаротомного доступа, у 24 (3,4%) больных с деструктивным холециститом были вынуждены расширить операционный доступ в сторону более инвазивного. Нагноение послеоперационные раны отмечено у 19 (2,6%) больных, продолжительность операции в среднем составила $55,5 \pm 12,5$ мин, средний койка-день пребывания больных в стационаре составил $5,8 \pm 1,5$ дня, срок реабилитации $22,2 \pm 1,5$ дня. Умерли 2 (0,3%) больных от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Выводы: 1. МХЭ является методикой выбора операции у больных с острым холециститом на фоне отягощенного соматического статуса и позволяет проводить оперативное вмешательство щадяще, существенно снизить частоту послеоперационных осложнений. 2. Недостатком методики является невозможность произвести ревизию органов брюшной полости и санацию при деструктивном холецистите с явлениями перитонита. 3. Мини лапаротомный доступ при осложненных формах желчнокаменной болезни без технических сложностей позволяет сформировать билиодегистивные анастомозы и/или дренирование холедоха.

554. Отдаленные результаты активного хирургического лечения гнойных осложнений тяжелых травм конечностей

Рахимов Б.М., Коровин О.А., Колесников В.В., Киселев А.К.

Тольятти

ГБУЗ СО «ТГКБ№5»

Лечение пациентов с тяжелой травмой конечностей осложненной гнойно-септической инфекцией остается одной из актуальных проблем современной хирургии. Цель исследования: оценка отдаленных результатов активного хирургического лечения травмы конечностей осложненных гнойно-септической инфекцией. Материал и методы: Оценены результаты лечения 130 пострадавших с повреждениями длинных трубчатых костей конечности осложненных гнойной инфекцией за период с 1996 по 2012г находившихся в отделении гнойной хирургии. Пациенты разделены на две группы: I- основная 80 человек (57 мужчин, 23 –

женщин) с неадекватной фиксацией костных отломков конечности в лечении которых использован активный хирургический подход с ранним применением реконструктивно-пластических технологий лечения гнойной раны. II- группа сравнения 50 пострадавших (33-мужчин и 17 – женщин) в лечении которых применяли стандартные методики. Критерием отбора в эту группу явилось наличие адекватной, надежной иммобилизации костных отломков. По тяжести травмы, причине травматического повреждения отличий не было. Использованы методы оценки нарушений функции конечности по М.А. Берглезову и В.И. Угнивенко (1985г), определялся клинико-функциональный результат: купирование воспаления, наличие костного сращения в месте перелома, артродез или формирование ложного сустава, качество жизни оценивали с помощью вопросов анкеты SF-36 Medicare дважды на момент лечения и спустя 2 – 10 лет. Результаты: хорошие результаты в группе сравнения достигнуты у 9 человек (18%), удовлетворительные – у 15 человек (30%), неудовлетворительные – у 26 (52%). В основной группе хорошие результаты достигнуты у 51 больного (63,8%), удовлетворительные – 15 человек (18,7%), неудовлетворительные у – 14 человек (17,5%). При оценке качества жизни в момент лечения показатели физического и ролевого функционирования в обеих группах оказались очень низкими, что свидетельствует о значительном снижении физической активности и ограничении физических возможностей для выполнения повседневной деятельности. Сходные данные получены по шкалам «жизненная активность» и «социальное функционирование», низкие показатели получены в шкале «эмоциональное» функционирование. При повторном анкетировании через 10 лет качество жизни у большинства больных улучшилось. У пациентов основной группы улучшение средних показателей было более выраженным по 6 шкалам. Наибольший прирост показателей у пациентов основной группы по сравнению с группой сравнения оказался по шкалам «интенсивность боли» - 28 баллов, «ролевое физическое функционирование» - 22 балла, «социальное функционирование» - 18 баллов, «физическое функционирование» - 17 баллов. Заключение: активное хирургическое лечение отражается на качестве жизни в отдаленном периоде.

555.Задняя сепарационная аллопластика (TAR-technique) при вентральных грыжах больших размеров: 5 лет применения в одной клинике*Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.*

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздрава России

Введение: Послеоперационные вентральные грыжи формируются у 28% пациентов, перенесших лапаротомию. В связи с большим числом послеоперационных осложнений и высокой частотой рецидивов послеоперационные грыжи больших размеров являются актуальной проблемой современной герниологии. Это обусловлено отсутствием единых подходов в лечении данной категории пациентов. Материалы и методы. С марта 2013 года по настоящее время в центре хирургии ФГАУ ЛРЦ Минздрава России выполнено 46 оперативных вмешательств с применением технологии TAR-technique при проведении задней сепарационной аллопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами. У 39 пациентов грыжи были первичными, у 7 больных - рецидивными. По размеру грыжевых ворот все больные относились к группе W3 по классификации EHS. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом в комбинации с эпидуральной анестезией. После выделения грыжевого мешка и грыжевых ворот производили сепарацию слоев брюшной стенки в соответствии с методикой TAR-technique. Применялся один или несколько сшитых между собой некомпозитных сетчатых протезов размерами 30 x 30 см, которые располагались над ушитой поперечной фасцией и брюшиной. Фиксация протеза проводилась с помощью трансабдоминальных швов в четырех точках: под мечевидным отростком, над лобком и латерально с обеих сторон по средне-подмышечной линии. В 2 случаях применялся сетчатый протез с самофиксирующимся клеевым покрытием ADHESIX – в этих случаях дополнительная фиксация сетки не выполнялась. После установки протеза и дренирования созданной полости белая линия восстанавливалась непрерывным швом полипропиленовой нитью. Результаты. Средняя продолжительность операции 180±24 мин. Средний прирост объема брюшной полости после выполнения сепарации составил более 30%. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 5

пациентов. У большинства пациентов после проведения сепарации удалось восстановить белую линию живота. «Bridge» методика использовалась только в 1 случае. У 3 пациентов с выраженной ретракцией мышц живота и ожирением III степени для закрытия брюшной полости операция вынужденно дополнена правосторонней гемиколэктомией и оментэктомией. В одном случае потребовалось проведение резекции конгломерата тонкой кишки и большого сальника, интимно сращенного с послеоперационным рубцом. У 2 пациентов классическая методика задней сепарации дополнена частичным релизингом прямых мышц живота, что позволило избежать послеоперационной интраабдоминальной гипертензии. В 2 случаях задняя сепарация была дополнена частичной передней сепарацией с сохранением перфорантных сосудов. За период с марта 2013 г. по настоящее время - 1 летальный исход; причина смерти - инфаркт миокарда. Продолжительность стационарного лечения 8 ±1,2 койко-дней. За обозначенный период времени выявлен 1 рецидив. Выводы. Задняя сепарационная аллопластика (TAR-technique) является эффективной методикой хирургического лечения вентральных грыж больших размеров. Она позволяет выполнить аллопластику брюшной стенки без выраженной внутрибрюшной гипертензии и при этом восстановить белую линию живота. Внедрение этой методики позволяет повысить эффективность лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж, снизить число осложнений раннего послеоперационного периода, улучшить отдаленные результаты лечения, а также сократить количество рецидивов заболевания у данной категории пациентов.

556. Результаты хирургического лечения доброкачественных опухолей поджелудочной железы

Лубянский В.Г., Аргучинский И.В., Андреев П.В., Щегарцов А.А.

Барнаул

Краевая клиническая больница

Актуальность: Опухоли поджелудочной железы являются показанием к операции. Доброкачественный характер опухоли позволяет применить органосохраняющие операции после получения результатов интраоперационной биопсии. Наиболее сложными являются операции при локализациях опухоли в головке ПЖ, требует применения более травматичной ПДР. При локализации опухоли в хвосте ПЖ технически возможно выполнение не только классической дистальной резекции поджелудочной железы, но и изолированной резекции ПЖ с сохранением селезеночных сосудов и селезенки. Поджелудочная железа при доброкачественных опухолях, как правило, мягкая, что повышает риск развития панкреатических фистул и несостоятельности панкреато-энтероанастомоза. В то же время мобилизация сосудов становится возможной при «нормальной анатомии» окружающих тканей. Результаты: За период с 2012 по 2017 год в хирургическом отделении КГБУЗ ККБ прооперировано 19 больных с доброкачественными опухолями поджелудочной железы. Все больные женщины. Средний возраст больных составил 55 лет. У 5 пациентов показаниями к операции явилась инсулинома (grade 1), у 14 цистаденома поджелудочной железы. Локализация: у 6 пациентов опухоли располагались в головке ПЖ, у 5 – в теле ПЖ, у 8 - в хвосте. При локализации опухоли в головке пациенты разделены на 2 группы. В группе традиционных вмешательств выполнено: 3 – пилоросохраняющие ПДР, 1 – ГПДР. Во вторую группу вошли 2 больной с сохранением ДПК – тотальная дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ по Yasuda, 1 – резекция головки и тела ПЖ. Все больные в группе после ПДР имели осложнения (2 – панкреатических свища, 1 острое жидкостное скопление, 1 – несостоятельность ПЭА, перитонит, аррозивное кровотечение из селезеночной артерии). 1 пациент в этой группе умер. В группе с сохранением ДПК у 1 больного возник панкреатический свищ, который закрылся

самостоятельно. При локализации в теле ПЖ выполнено 4 центральных резекции поджелудочной железы, 1 – резекция культи ПЖ с реконструкцией ПЭА. У 3 больных при данной локализации возникли осложнения: 1 свищ, 2 острых жидкостных скопления. При локализации в хвосте ПЖ выполнено 4 дистальных резекции ПЖ со спленэктомией, 4 – дистальных резекций ПЖ с сохранением сосудов селезенки (1 из них в лапароскопическом варианте). При данной локализации панкреатический свищ возник лишь у одного больного после дистальной резекции ПЖ со спленэктомией. При дистальной резекции ПЖ с сохранением селезеночных сосудов осложнений не возникло. При этом сохранение анатомии окружающих тканей позволяет с минимальной кровопотерей выполнить сохранение сосудов. Всего осложнения возникли у 9 пациентов (47,4%). Из 19 больных ПЭА формировался у 11, осложнения возникли у 72,7%, летальность 9%. Выводы: Выполнение ПДР при доброкачественных опухолях, сопряжено с осложнениями (панкреатический свищ, острое жидкостное скопление, несостоятельность анастомоза, перитонит, кровотечение). Применение прецизионной техники на фоне отсутствия инфильтрации в окружающих тканях позволяет сохранить ДПК, селезеночные сосуды и селезенку. Выполнение дистальной резекции ПЖ с сохранением селезенки в наших наблюдениях не сопровождалось осложнениями.

557. Новая технология лазерного эндоскопического гемостаза

Гришаев В.А., Капралов С.В.

Саратов

ФГБОУ „Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского“

Актуальность исследования. Одним из эффективных способов эндоскопического гемостаза является лазерфотокоагуляция кровоточащей язвы. С другой стороны экспериментальные исследования ряда авторов показали, что лазерное воздействие при кровотечении из сосуда диаметром более 1 мм требует значительного увеличения мощности

излучения, что небезопасно и часто не приводит к успеху гемостаза. Таким образом сохраняет свою актуальность вопрос совершенствования методики лазерного эндоскопического воздействия. Материал и методы исследования. За период 2014-2016 гг. в нашей клинике лазерный эндоскопический гемостаз применялся у 58 больных. Инициальный гемостаз осуществляли 17 больным; превентивное эндоскопическое воздействие при предрецидивном синдроме – 41 пациенту. Бесконтактная лазерфотокоагуляция применялась всего у 3 человек и к остановке кровотечения не привела ни в одном наблюдении. Контактная лазерфотокоагуляция выполнена 8 больным с двумя рецидивами кровотечения. Применение контактной коагуляции ограничено небольшой площадью воздействия и значительной опасностью перфорации полого органа. Нами предложен способ лазерного эндогемостаза, позволяющий значительно повысить его эффективность. В основе новой методики лежит фотомодификация источника кровотечения с помощью применяемых в медицине красителей. Результаты исследования. Предлагаемый способ эндогемостаза был с успехом применен у 47 пациентов с кровоточащей гастродуоденальной язвой. Инициальный гемостаз был достигнут у всех пациентов. Рецидив кровотечения был отмечен у двух из них. Эффективность предлагаемой методики эндогемостаза составила 80%. Статистическое исследование показывает значимую разницу в результатах применения лазерфотокоагуляции без и с использованием фотомодификации источника кровотечения ($p < 0,05$). Эффективность лазерного гемостаза в целом составила 91,4%; эффективность методик с фотомодификацией источника кровотечения – 95,8%. Выводы. Наш опыт применения лазера для остановки язвенного кровотечения позволяет считать, что фотомодификация источника кровотечения существенно повышает эффективность лазерфотокоагуляции, превращая ее в один из надежных и удобных способов эндоскопического гемостаза.

558.Анатомия для хирургов: путь длиною в 5000 лет

Глянцев С.П.

Москва

ФГБУ "НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева"
Минздрава России

Знания анатомии в Древнем мире использовались, в основном, для обрядовых целей. Есть данные о значении анатомии для врачевания, включая хирургию. Анатомию знали скульпторы и философы. Вершиной анатомии древних стали труды Галена (II в.), но их целью было не описание тела человека, а подтверждение участия Бога в его создании. В раннем средневековье арабские врачи предпочитали интерпретировать анатомию древних. В XI – XIII вв. расчленение трупов для раздельного захоронения их частей практиковали крестоносцы. Тогда же появились первые анатомические иллюстрации. В XIII в. в Европе впервые стали проводить вскрытия человека для определения причин смерти. В начале XIV в. анатомию стали преподавать в университетах (да Луцци М., 1315). Тогда же был впервые установлен порядок вскрытия трупа, появились первые трактаты по хирургии с анатомическими рисунками (да Вигевано Г., 1345). Эпоха Возрождения пробудила интерес к анатомии у художников, а появление книгопечатания и ксилографии открыло новые возможности для копирования рисунков. В начале XVI в. описания хирургов все еще снабжены далекими от совершенства анатомическими рисунками (Бруншвиц И., 1512; Герсдорф Г., 1517). Но в то же время появляются анатомические рисунки Леонардо, «Давид» Микеланджело, расцветает талант Рафаэля, изучает пропорции тела А. Дюрер, что позволяет говорить о том, что художники в своем изучении и изображении анатомии человека обогнали врачей и хирургов. Первые анатомические труды, основанные на результатах собственных диссекций, вышли в 1523 г. (Я.Б. да Карпи) и 1537 г. (Дриандрум). В 1540 г. «Анатомические таблицы» издал Л. Вассе, а в 1543 г. вышла в свет «Фабрика» А. Везалия с рисунками С. ван Калькара. Практически одновременно появились «послойная анатомия» Я. Фролиха (1544), анатомические труды К. Стефано (1545) и Ш. Этьенна (1545). Анатомия становится научной дисциплиной, но она все еще нужна скорее анатомам и художникам, чем хирургам. В 1552 г. издает «Анатомию» Б. Евстахий, в 1556 г. – Х.

Вальверде, в 1559 г. – Р. Коломбо, а в 1561 г. – А. Паре. Анатомы XVII в., взяв на вооружение методику диссекции А. Везалия, стали изучать отдельные системы (разделы) анатомии – костную, мышечную, нервную, сосудистую, моче-половую, внутренних органов и др. (Спигелий А., Кассери, Д., 1627; Гарвей У., 1628; Уиллис Т. 1667; Вьессен Р., 1685; Фабрициус И., 1687). Наряду с этим распространилась мода на анатомию как на зрелище: открываются анатомические «театры». После изобретения способов консервации тканей и органов возникают анатомические музеи (Ф. Рюиш). С образованием гильдий цирюльников-хирургов и выделением хирургии в самостоятельную врачебную специальность анатомию стали преподавать с целью подготовки хирургов. В начале XVIII в. появляются работы хирургов, оказавших влияние на развитие хирургии: в России – «Руководство для изучающих хирургию в анатомическом театре» (Бидлоо Н., 1710), в Германии (и Европе в целом) – «Анатомический компендиум» (Гейстер Л., 1717 – 1727). Гравирование на меди повысило качество анатомических иллюстраций, на которые оказал влияние классицизм (Ланчизи И., 1724; Альбинус Б., 1747; Галлер А., 1752, Морганьи Д., 1761). С появлением в 1796 г. литографии издание иллюстрированных трудов по анатомии упрощается, а их качество возрастает. Появляются термины «хирургическая (топографическая) анатомия» и «анатомия для хирургов». В университеты принимают художников для иллюстрации анатомических и хирургических трудов. Наконец, в 1895 г. К. Рентген изобретает «прозрачную» анатомию, которая развивается поныне (УЗИ, КТ, МРТ и др.). Сегодня анатомия является базовой дисциплиной для врачей всех специальностей, а для хирургов обязательна анатомия топографическая (хирургическая). Классическими стали изданные в XX в. анатомические атласы для хирургов Ф. Неттера, А. Беккера, Р. Андерсена и др. Но вспомним время, когда в анатомические театры по билетам впускали всех желающих, а хирурги бравировали незнанием анатомии.

559.Анатомия и хирургия в 16 веке: Амбруаз Паре как хирург и анатом

Глянцев С.П. (1) Бергер Е.Е. (2)

Москва

ФГБУ "НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева"
Минздрава России (1)
Институт всеобщей истории РАН (2)

Великий французский «мастер-цирюльник-хирург» А. Паре (Par? А., 1510 – 1590) вошел в историю медицины как хирург-реформатор. Его современником был реформатор анатомии А. Везалий (Vesalius А., 1514 – 1564). Целью исследования стал поиск в трудах Паре доказательств влияния анатомии 16 века на развитие хирургии, а также обзор научно-практической работы одного из крупнейших хирургов 16 века как пример границ оперативной деятельности его времени. Анализу подвергнуты два труда Паре: анатомический – «Общая анатомия человека» (Anatomie Universelle Du Corps Humain, 1561) и хирургический – «Десять книг по хирургии с описанием наборов инструментов, необходимых для выполнения операций» (Dix Liuvres De La Chirurgie, avec Le Magasin des Instrumens necessaires ? icelle, 1564). Анализ «Анатомии» Паре не позволяет говорить о том, что он изучал анатомию путем диссекций, но позволяет сделать вывод, что он хорошо знал труд А. Везалия «Строение тела человека в 7 книгах» (Humani corporis fabrica Libri septem, 1543). «Десять книг по хирургии» являются основным хирургическим трудом Паре. Книга 1 посвящена огнестрельным ранам и технике извлечения пуль инструментами. Книга 2 содержит описания ранений стрелами и копьями и инструментов для извлечения их наконечников. Известно, что для отыскивания пули в мягких тканях Паре предлагал раненому принять то же положение, что и при ранении, учитывая при этом, очевидно, анатомию его мышц. В книге 3 описаны переломы костей, их симптомы, прогноз, способы репозиции отломков, иммобилизации конечностей, лечение открытых переломов. Здесь же приведены рисунки скелета и целых костей, взятые из трудов А. Везалия. Книга 4 посвящена ушибам, их клинике и лечению мумием и кровопусканиями, для проведения которых необходимо знать топографию артерий и вен. В книге 5 описаны ожоги, их клиника и лечение. Книга 6 посвящена травматическим ранам и их лечению. Книга 7 посвящена гангрене, ее классификации, причинам, признакам, прогнозу и

лечению. Описана ампутация конечностей и инструменты для ее проведения. Очевидно, что для выделения и перевязки кровоточащих сосудов Паре было необходимо знать анатомию конечности в месте ее пересечения. Изложены способы лечения раны культи и последующего протезирования, виды протезов (от простых, опорных, до сложных со сгибающимися суставами). В книге 8 описаны болезни моче-половых органов и способы их лечения. В главу помещены рисунки анатомии мужской моче-половой системы. Книга 9 посвящена мочекаменной болезни и содержит описание операции промежностного камнесечения, для чего было необходимо знать топографию мужской и женской промежности. В книге 10 собраны сведения о странгурии и способах лечения ее причин. К «книгам» приложены изображения и описания инструментов, применяемых для самых разных операций: долота, трепаны, тrefины, элеваторы, зеркала, троакары, иглы с описанием способов кровавого и бескровного соединения краев ран, протезы глаз и носа, иглы для удаления катаракты, щипцы для удаления зубов, зубные коронки, бандажи и пелоты для лечения паховых грыж, ланцеты, способы вправления вывихов, приготовления лекарств. Таким образом, сравнивая труды А. Везалия и А. Паре мы обнаружили прямые заимствования второго у первого, но у обоих анатомия представлена системно. С другой стороны, анализ оперативной активности Паре позволяет сделать вывод о том, что анатомические знания ему были нужны для проведения целого ряда вмешательств (ампутаций, камне- и грыжесечений, удаления катаракты и др.). Помимо этого, теоретический и практический багаж А. Паре состоял из знаний этиопатогенеза, симптоматологии, прогностики и способов лечения открытых и закрытых травм (раны, ожоги, ушибы, открытые и закрытые переломы, вывихи), а также их осложнений (гангрена). Обращает на себя внимание большое количество описанных устройств как для косметического (протезы глаз и носа), так и для функционального (протезы рук и ног) протезирования. Однако сделанные нами выводы предварительны и требуют уточнения.

560. Лапароскопическое удаление культи желчного пузыря после лапароскопической холецистэктомии

Шептунов Ю.М. (1), Сундеев С.В. (2)

Липецк

1 Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко,
2 Липецкая областная клиническая больница

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) давно стала способом выбора хирургического лечения как хронического, так и острого холецистита. Это обстоятельство, помимо положительных аспектов лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ), привело к увеличению специфических осложнений ЛХЭ, одним из которых является оставление части желчного пузыря в области шейки или избыточной культи пузырного протока, требующее повторной операции. Вопросы хирургической тактики при этом осложнении и его профилактики являются, на наш взгляд, актуальными для лапароскопических хирургов. Материалы и методы. В настоящем сообщении мы хотим поделиться опытом лечения 2 пациентов, у которых были предприняты повторные оперативные вмешательства из-за неадекватного объема ЛХЭ. Пациентке Б., 65 лет, 22.01.2014 г., на 4 сутки от начала приступа острого холецистита с техническими трудностями была выполнена комбинированная (от шейки и дна) ЛХЭ по поводу острого гангренозного холецистита в связи с неэффективностью кратковременной (в течение 6 часов) консервативной терапии. В связи с желчеистечением по дренажам через 2 суток предпринята релапароскопия с конверсией на лапаротомию, во время которой были довыделены и удалены фрагменты гартмановского кармана и переклепирована культя пузырного протока. В дальнейшем течение гладкое; выписана домой на 10 день после второй операции. Больной С., 61 года, поступил в ОКБ г. Липецка 4.12.2017г. с жалобами на периодические боли в правом подреберье, сухость во рту, тошноту после погрешностей в диете. В июле в одном из ЛПУ г. Липецка ему была сделана ЛХЭ по поводу острого флегмонозного холецистита, во время которой встретились технические трудности, связанные с выделением трубчатых структур треугольника Кало из плотного инфильтрата с салником. Для согласования тактики в операционную приглашался заведующий отделением. Пациент выписан в обычные сроки, но сохранялись выше описанные жалобы. При УЗИ от

8.08.17г. выявлено расширение культи пузырного протока до 12 мм, в просвете её камни диаметром 9,7 и 6 мм. МРТ-холангиография от 17.10.17г.: Холецистэктомия. Кистовидное расширение длинной культи пузырного протока 2,61x1,15 см с конкрементами в просвете. Операция (5.12.2017г.) – лапароскопическое удаление кистовидно расширенной избыточной культи пузырного протока размерами 5x4x3 см, содержащей камни. На передней поверхности культи выделена и клипирована культя пузырной артерии диаметром до 3 мм. Течение послеоперационного периода гладкое. Выписан на 4 день после операции. Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе с большой уверенностью можно предположить, что причиной указанных осложнений ЛХЭ явилось нарушение общепринятой тактики лечения острого холецистита на современном этапе развития хирургии ЖКБ, с недооценкой реального времени, прошедшего с начала приступа. Учитывая национальную привычку «потерпеть, может пройдет», по нашему мнению к стандартным 3 суткам от начала заболевания можно без колебаний добавлять 24-36 часов, особенно у больных с плохой памятью, мнестическими расстройствами и пр., то есть сузить показания к ЛХЭ, расширить к консервативному лечению с выполнением холецистостомии у наиболее тяжелых больных. Несомненную помощь при подозрении на неполное удаление желчного пузыря может оказать интраоперационная холангиография. Выводы и рекомендации. ЛХЭ в лечении острого холецистита должна применяться в соответствии со стандартами оказания помощи больным ЖКБ в части оптимальных сроков её выполнения. При отсутствии перитонеальных знаков и положительной динамики от консервативного лечения ни в коем случае не следует расширять показания к ЛХЭ в пограничные сроки, используя в комплексе лечения холецистостомию (при необходимости). У больных с «опузыренной» культей желчного пузыря неярко выраженной клиникой ПХЭС, без клинических и лабораторных признаков воспаления возможно лапароскопическое удаление, которое лучше выполнять через несколько месяцев после первой операции.

561. Результаты лечения флегмонозных и некротических форм рожистого воспаления нижних конечностей

*Сафаров С.Ю., Алиев М.А.,
Сулейманов Ш.А., Сафаров Р.С.,
Магомедов М.М.*

Махачкала

ДГМУ

Публикации хирургов последних лет подтверждают рост заболеваемости рожой, особенно геморрагической ее формы. Последней свойственно латентное течение, с затяжной репарацией тканей, сравнительно частыми осложнениями, флегмонозно-некротического порядка, требующее длительное, порою и безуспешное лечение. Цель: обобщить результаты местного и общего лечения флегмонозно-некротических форм рожистого воспаления нижних конечностей. Материал и методы. Из 175 пациентов, поступивших за 2010-2017 гг. в Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) с рожистым воспалением 57 были с осложнениями: флегмонозной формой-35, гангренозной – 22. Возраст больных колебался от 59 до 82 лет. Женщин составляло большинство – 39 (68.4%). Тщательно собранный анамнез позволил полагать: в 45 случаях развитие рожи было связано с попаданием возбудителя в кожу экзогенным путем (проколы, царапины, ссадины, потертости). В 12 наблюдениях эндогенным путем – из гнойных ран, вросшегося ногтя, диабетической язвы на стопе. Из них 52 пациента были старше 60 лет и страдали они от 2 до 5 коморбидными заболеваниями, где лидировали сердечнососудистые патологии – у 19, с риском 3 и 4, лишний вес и ожирения выявлены у 13, обширные пролежневые раны – 8, декомпенсированная форма сахарного диабета – у 7, сепсис – у 7, вирусные гепатиты- у 4, ХПН- у 4, ОНМК- у 3, ХВН- у 3, хроническая нижнедолевая пневмония- у 2 и т.д. Кроме общепринятых клинико-лабораторных исследований, пациентам по показаниям выполняли УЗИ и МРТ. Идентификация и определение чувствительности флоры к антибиотикам проводили стандартными микробиологическими методами. Результаты и обсуждения. Подавляющее большинство пациентов поступали из лечебно-профилактических учреждений высокогорных районов и других городов Дагестана. По месту первичной

госпитализации им проводилась длительная бесконтрольная эмпирическая системная антибактериальная терапия и местное лечение без учета фаз течения раневого процесса. Только у 2 из 7 диабетиков уровень сахара соответствовал 8-9 ммоль/л, у остальных - 12 ммоль/л и выше. Какое-либо значимое адекватное хирургическое лечение гнойного и некротического очагов не было выполнено. Это и определило выраженную эндотоксемию, анемию и гипотонию, нечувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратом, включая резервного порядка. Местно, пораженная флегмонозной формой рожистого воспаления голень, выглядела так: на коже четко различались безболезненные, темно-багровые или серые участки некроза с резкими перифокальными отеками и слабо выраженной гиперемией, зудом и болью. У трех пациентов кожа всей голени некротизировалась циркулярно. О том, что под кожей, расплавив жировой слой, образовался детрит, свидетельствовало наличие явной флюктуации. В четырех случаях определялась и крепитация- признак присоединения гнилостной газообразующей инфекции. У таких пациентов почти всегда выявляли регионарные лимфадениты и лимфангиты. Рассекая кожу над флюктуацией, не раз убеждались, что участок расплавления подкожной жировой клетчатки (целлюлита) 3-4 раза превосходит площадь кожных изменений. Из общих симптомов наичаще выявляли высокая температура, озноб, тахикардия. У 22 истощенных, ослабленных, пожилых, страдающих сахарным диабетом, и другими тяжелыми возрастными патологиями из подкожной клетчатки процесс переходил на фасциальный покров мышц. При ревизии операционной раны видны были различных размеров и форм серо-грязного цвета лоскутики- остатки фасциального покрова мышц после его некроза. У многих пациентов между мышечными массивами находили большие и малые гнойные затеки (межмышечная флегмона), а в 7 наблюдениях- частичные деструкции и мышечных тканей (мионекроз). После тщательных некрэктомий, рану промывали 3% раствором перекиси и адекватно дренировали полости трубками для проточного промывания антисептиками. Лечение. Хирургическое вмешательство сочеталось с антибактериальной терапией: введение антибиотиков пенициллинового ряда (ампициллин, бициллин, оксацаллин), доказавшей свою эффективность в борьбе с гемолитическим стрептококком. Их действия потенцирует параллельное назначение сульфаниламидов, в частности бисептола. Еще

необходимым компонентом лечения является инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на детоксикацию организма, коррекции белково-водно-электролитных нарушений и улучшения микроциркуляции. Вводили биостимуляторы: витамины, левамизол, пентоксил, метилурацил для восстановления иммунитета. Тяжелым пациентам, кроме того проводили по 5-7 сеансов внутрисосудистого УФО крови и местно выпаривание поверхности гнойных ран лучами лазера. После такого комплекса лечения мы потеряли 9 (15.8%) больных. Эффективность лечения мониторировали в динамике с помощью прокальцитонин-теста. При поступлении его показатели были от 11.2 до 18.1 нг/мл (при норме 0.1 нг/мл). При регрессе заболевания тест имел тенденцию к снижению. При неэффективности терапии - держался на высоких цифрах, и требовалось коррекции назначения. У умерших пациентов исходные показатели несколько не снижались. Выводы. 1. Больные с осложнениями рожистого воспаления в силу тяжести клинического течения подлежат госпитализации в отделения хирургической инфекции. 2. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости осложненных форм. 3. Прокальцитонин-тест-незаменим при диагностике тяжелых бактериальных инфекций и в выявлении риска развития послеоперационных инфекционных осложнений, синдрома полиорганной недостаточности.

562. Чрескожное дренирование абсцессов печени

Дгебуадзе В.Т., Мандриченко А.С

Тюмень

АО "МСЧ Нефтяник"

Актуальность: В условиях современного развития хирургии и медицинской техники наиболее актуальными сегодня являются малоинвазивные вмешательства, направленные на минимизацию операционной травмы для пациента. В их число входят чрескожные пункционные вмешательства под ультразвуковым и рентген-контролем. Эти вмешательства широко используются у больных с

абсцессами печени, брюшной полости, псевдокистами поджелудочной железы, механической желтухой и другой патологией. В ряде случаев пункционные вмешательства являются единственной возможностью помочь пациенту. В настоящее время вне зависимости от этиологии абсцесса печени его чрескожное дренирование (или пункционная санация) является методом выбора хирургического лечения, так как практически во всех случаях обеспечивает хороший результат. Материал и методы: Методика пункционного лечения хирургических больных начала использоваться в МСЧ Нефтяник со второй половины 2011 г. С 2011 г по 2017 г в клинике пролечено 44 пациента с абсцессами печени. Из них 27 мужчин и 17 женщин. Подавляющее число вмешательств проводилось под рентгеноскопическим и ультразвуковым контролем в специально оборудованной рентген-операционной. Основное условие безопасного вмешательства это транспеченочный доступ. Слой неизменной паренхимы на пути к абсцессу практически исключает риск подтекания инфицированного содержимого в брюшную полость. Абсцессы печени небольших размеров до 3-5 см независимо от их количества могут быть излечены пункционно без установки дренажа в сочетании с антибактериальной терапией. В большинстве случаев для адекватного дренирования абсцесса печени было достаточно установки одного дренажа пиг-тэйл диаметром 12 Fr (это 4 мм). Все пункции проводились под местной анестезией, после стандартной премедикации. Для дренирования использовалась методика Ившина В.Г., отличительной особенностью которой является использование специального устройства для дренирования полостных образований (УДПО). После полной санации полости абсцесса, выполнения контрольных УЗИ и фистулографии дренаж удалялся. Результаты: Из 44 пациентов чаще всего выявлялись криптогенные абсцессы печени – 19 (43%). Другие причины: холангиогенные доброкачественной этиологии – 9 (21%), холангиогенные на фоне онкопатологии – 8 (18%), паразитарной этиологии (нагноившиеся эхинококковые кисты) – 7 (16%), посттравматический – 1 (2%). У некоторых пациентов обнаруживались множественные абсцессы, в результате у 44 пациентов выполнено 67 пункционных вмешательств: 50 чрескожных дренирований и 17 пункций без установки дренажа. Были поражены обе доли у 3 пациентов (7%), правая доля у 26 (59%), левая доля у 15 (34%). Размеры абсцесса диаметром до 5 см встречались в 30 случаях, до 10 см – 33 и 10-15см в 4 случаях. Всего

после пункционного дренирования потребовалось выполнить лапаротомию в 2 случаях: вследствие неадекватного дренирования распадающейся опухоли печени и вследствие развития желчного перитонита у пациента с опухолью головки поджелудочной железы, наружной холангиостомой и абсцессами обеих долей печени. Летальных исхода было 4 - 2 с множественными холангиогенными абсцессами опухолевой этиологии, 1 пациент с ВИЧ инфекцией, 1 пациент с паразитарной кистой печени с сопутствующей сердечной патологией. Выводы: Использование пункционной методики лечения абсцессов печени в подавляющем большинстве случаев позволяет избежать открытого оперативного вмешательства. За 6 лет использования методики в клинике было 4 летальных исхода (9%), и ни у кого из умерших не было осложнений пункционных вмешательств. Полученные результаты применения методики чрескожных пункционных вмешательств под УЗИ и рентгеноскопическим контролем позволяют рекомендовать метод для максимально широкого клинического применения.

563. Анализ зависимости гнойно-некротических поражений стоп с артериальным кровоснабжением нижних конечностей у больных сахарным диабетом

Матмуратов К.Ж., Атажанов Т.Ш.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Приблизительно 40-60% всех нетравматических ампутаций нижних конечностей также проводится больным сахарным диабетом, причиной которых в 85% случаях является трофическая язва стопы. Следует отметить, что пребывание больных с подобной патологией в стационаре на 50% дольше, чем больных с неосложненными формами сахарного диабета. Сроки заживления язв на амбулаторном этапе составляют от 6 до 14 недель. Целью данной работы является дать оценку наиболее часто поражаемым сегментам магистральных артерий нижних конечностей в зависимости от локализации гнойно-некротического очага на стопе. Материал и методы

исследования: проанализированы результаты исследования и стационарного лечения 115 больных за 2015-2017 гг. с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне сахарного диабета 2 типа в Центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при 2 клинике Ташкентской медицинской академии. У всех больных наблюдался сахарный диабет 2-го типа. Средняя продолжительность сахарного диабета составила $12,7 \pm 6,2$ лет. Возраст больных колебался от 48 до 71 года (в среднем $59,5 \pm 7,7$ года). Среди пациентов было 79 (68,7%) мужчин и 36 (31,3%) женщин. Нейроишемическая форма синдрома диабетической стопы была диагностирована у 98 (85,2%) больных, ишемическая - у 17 (14,8%). Основным инструментальным методом оценки состояния макроциркуляции было ультразвуковое дуплексное сканирование нижних конечностей, выполненный на ультразвуковой дуплексной системе Acuson-128 XP/10 («Acuson», США) по стандартной методике линейным датчиком с частотой 7-15 МГц и мультиспиральная компьютерная томография артерий нижних конечностей (МСКТ). МСКТ была выполнена всем пациентам, с помощью которой устанавливался уровень стенозов и окклюзий артерий, степень сужения артерии, распространенность поражения и точное место расположения атеросклеротических бляшек. Результаты и их обсуждение: при изучении и анализе данных по локализации гнойно-некротического очага в зависимости от пораженного артериального сегмента выявлено, что у больных с окклюзионно-стенотическими изменениями магистральных артерий наиболее часто наблюдается гангрена всей стопы (36,5%) и трофические изменения в области пальцев стопы (29,5%). Гангрена всей стопы встречается часто у пациентов с многоэтажными поражениями артерий (ПБА+артерии голени) – 53,1%. В таких случаях в большинстве случаев были вынуждены выполнить высокую ампутацию конечности из-за невозможности выполнения реваскуляризирующих операций и высокого риска послеоперационных тромботических осложнений. Следует отметить, что наиболее часто трофические изменения в области пальцев наблюдаются при поражении ПБА (36,6%). Это объясняется тем, что при окклюзии или гемодинамически значимых стенозах ПБА основная функция кровоснабжения дистальной части конечности осуществляется за счет латерального пути кровообращения, связывающего общую бедренную артерию с артериальной сетью коленного сустава. Но такой путь кровообращения клинически проявляется признаками критической ишемии. С снижением перфузии кислорода по

тканям появляются трофические изменения дистальной части конечности. Таким образом, анализ локализации гнойно-некротического поражения стопы в зависимости от пораженного магистрального артериального сегмента на фоне сахарного диабета 2 типа показал, что часто (66,1%) поражается поверхностная бедренная артерия (ПБА). Поражение подколенной артерии наблюдалось у 39 больных (33,9%) из 115. При сочетанных поражениях ПБА и артерий голени отмечалась высокая частота гангрены всей стопы – 53,1%. Изолированное поражение ПоА в 50% случаев также приводило к гангрене стопы. Выводы: при гангрене стопы следует искать и корригировать окклюзионно-стенотические поражения поверхностной бедренной артерии в сочетании с артериями голени и подколенной артерии. Гангренозные поражения пальцев в большинстве случаев свидетельствуют о поражении ПоА (40,7%) и/или верхнего сегмента ПБА (на уровне устья ГБА) (36,6%).

564. Ангиосомное поражение при гнойно-некротических процессах стоп у больных с диабетической гангреной нижних конечностей

Матмуротов К.Ж., Атаков С.С.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. На сегодняшний день нет единой точки зрения относительно выбора объема и тактики реваскуляризации конечности при критической ишемии на фоне сахарного диабета. Одной из современных теорий является идея восстановления артериального кровотока, основанная на принципе ангиосом, разработанная Йаном Тейлором (1989). Принцип ангиосом заключался в делении всей поверхности тела на различные части (ангиосомы). В связи с этим целью нашего исследования является – изучить связь между поражением питающих ангиосомных артерий с локализацией гнойно-некротического процесса стоп у больных синдромом диабетической стопы. Материал и методы исследования: проанализированы результаты обследования и лечения 119 больных за 2015–2017 гг. с гнойно-

некротическими поражениями стоп на фоне сахарного диабета получившие стационарное лечение в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при 2 клинике Ташкентской медицинской академии. Средняя продолжительность сахарного диабета у больных составила $9,8 \pm 3,5$ лет. Возраст больных колебался от 51 до 77 лет (в среднем $62,5 \pm 5,7$ года). Среди пациентов было 83 (69,7%) мужчин и 36 (30,3%) женщин. Все пациенты имели гнойно-некротические раны в области стопы различной локализации и глубиной. Из этих 96 (80,6%) пациентов в течение 3-х месяцев неоднократно получали стационарное лечение по месту жительства. В комплексе обследования основным методом оценки состояния кровообращения было ультразвуковое дуплексное сканирование нижних конечностей выполнявшееся на ультразвуковой дуплексной системе Acuson-128 XP/10 («Acuson», США) линейным датчиком с частотой 7-15 МГц. Качественная оценка кровотока периферических артерий основывалась на определении наличия и типа кровотока в артериях голени и стопы, при этом кровотоки оценивались как магистральный измененный, магистральный неизмененный и коллатеральный. Для окончательной оценки артериального кровотока и определения тактики лечения диагностическим методом являлось мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) артерий нижних конечностей. В зависимости от поражения и локализации окклюзионно-стенозных сегментов пациентам была выполнена транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) артерий нижних конечностей. Результаты и их обсуждение: проведенный анализ полученных результатов позволил выявить роль питающих ангиосомных артерий при возникновении гнойно-некротических поражений на стопе у больных сахарным диабетом. По нашим исследованиям при поражении питающих артерий вероятность появления гнойно-некротических осложнений СДС равна 95% (у 113 больных из 119). В большинстве наблюдений имело место поражение плантарных артерий (дистальные ветви ЗББА) (47%). У этих пациентов после восстановления кровотока по пораженным ангиосомам были получены хорошие и удовлетворительные результаты. При этом в бассейне медиальной плантарной артерии гнойно-некротический процесс отмечалось у 29 (90,6%) из 32 пациентов, поражение латеральной плантарной артерии во всех случаях (100%) приводило к трофическим изменениям на стопе. У 20 больных (95,2%) из 21 с при выявлении окклюзионно-стенозных поражениях питающих пяточной

ветви ЗББА в области ангиосомы наблюдался гнойно-некротический очаг по медиальной поверхности пяточной области стопы. Только у одного пациента нарушений трофики в этой зоне не было выявлено. Это связано с компенсированием артериального кровотока за счет пяточной ветви от малоберцовой артерии (МБА). Проведенный анализ полученных результатов больных с гнойно-некротическими процессами в зависимости от поражения ангиосомных артерий показал, что наиболее часто при окклюзионно-стенозных изменениях на ангиосомах связанных с МБА (100%) и ПББА (92,2%) отмечается появление трофических процессов на стопе. Выводы: при поражении ангиосомных артерий развитие гнойно-некротических процессов при диабетической гангрене нижних конечностей отмечается в 95% случаях. При этом наибольшая вероятность появления гнойно-некротических очагов отмечена у пациентов с поражениями ангиосом в бассейне МБА (100%) и ПББА (92,2%). В 5% случаях при поражениях питающих артерий у больных с сахарным диабетом не были выявлены гнойно-некротические изменения, что свидетельствует о компенсировании кровообращения соответствующих зон за счет соседних ангиосомных артерий через соединяющие артерии.

565. Сравнительный анализ лапароскопической и роботассистированной лапароскопической фундопликации

*Дибиров М.Д., Семенякин И.В., Ерин С.А,
Ларичев Д.В., Бобылев А.А.,
Константиновский Е.А., Чупалов М.О.,
Магомедалиев А.М., Исаев А.И., Агафонов В.А.,
Сумбаев А.А., Пирахмедов М.И.*

Москва

ГБУЗ "ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого" ДЗМ,
ФГБУ МГМСУ имени А.И. Евдокимова.

В ходе нашей работы проведен анализ как непосредственных, так и отдаленных результатов 120 лапароскопических фундопликаций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы у 120 пациентов на базе ГБУЗ ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ за период с 2015 по 2018 годы. Целью работы явилось

сравнение характеристик лапароскопической фундопликации и роботассистированной лапароскопической фундопликации при лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В зависимости от способа оперативного вмешательства были выделены 2 клинические группы. В основную группу включено 60 (50,0%) пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось с применением роботассистированного комплекса DaVinci, группу сравнения составили 60 пациентов (50,0%), которым оказано оперативное лечение эндохирургическим способом. Все 120 (100%) пациента поступили в плановом порядке в стационар с верифицированным диагнозом хиатальной грыжи. Из числа всех пациентов женщин было 76 (63,3%) и 44 (36,66%) мужчин. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,4. Во всех группах наблюдалось преобладание лиц женского пола, что соответствует всем данным статистики и эпидемиологии хиатальных грыж. Возраст больных включенных в исследование составил в основной группе $47,23 \pm 13,65$ лет, в группе сравнения - $47,01 \pm 12,81$ лет ($p > 0,05$) при диапазоне согласно критериями включения, от 21 до 78 лет. Методологически выполнение роботассистированной и лапароскопических антирефлюксных операций в основной и группе сравнения соответственно не имело отличий. Во всех случаях нами применялась мобилизация ножек диафрагмы, пищевода, кардиального отдела и дна желудка, проведение задней крурорафии, наложение фундопликационной манжеты и фиксацию последней к пищеводу. Мы использовали несколько основных характеристик операции для сравнения: 1. Время операции. 2. Количество портов и их использование. 3. Визуализация. 4. Эргономика. 5. Использование видов энергий. 6. Интраоперационные осложнения и их профилактика. 1. Средняя продолжительность операций при использовании робота DA VINCI составила 2 ч (1 – 3 ч) с учетом докинга и установки рук “робота”, при выполнении традиционной лапароскопической фундопликации – 1 ч (30 мин. – 2 ч). 2. Количество портов, необходимых при роботассистированной операции не менее 5 шт. (3 роботических “руки” + оптический порт + 1 (многофункциональный) и более дополнительных портов), при стандартной лапароскопической операции обычно использовали 4 порта. 3. Безусловно визуализация при роботассистированных операциях намного лучше. Это происходит благодаря управляемой оптической системе со стороны консоли (независимо от ассистента), в 3D визуализации. Видеосистема снабжена двумя

независимыми каналами передачи изображений, сопряженными с двумя цветными мониторами высокого разрешения. Результирующее трехмерное изображение высокого разрешения яркое, четкое и резкое, без утомляющего мерцания и затухания. Управление камерой, осуществляемое через рукоятки и педали, обеспечивает плавное перемещение в операционном пространстве. Оперирующий хирург сам устанавливает “взгляд”. Перемещение головы хирурга на консоли не влияет на качество изображения. 4. Эргономика также за “роботом”. Оптимальное уравнивание оптической и двигательной оси и комфортное положение сидя являются основополагающим. Da Vinci – единственная хирургическая система, предназначенная для работы сидя, что не только более комфортно, но также может давать клинические преимущества вследствие меньшего утомления хирурга. Система da Vinci дает естественное уравнивание глаз и рук на хирургической консоли, что обеспечивает лучшую эргономику, чем традиционная лапароскопия. Так как роботизированные «руки» системы da Vinci держат камеру и инструменты на весу, это потенциально уменьшает скручивающий момент на брюшной стенке, травму пациента, необходимость в ассистенции и утомляемость. Наконец, так как роботизированные руки дают дополнительную механическую силу, хирург может оперировать пациентов с выраженным ожирением. 5. Использование высокоэнергетических инструментов возможно как при стандартной лапароскопической фундопликации так и при роботассистированной. Все ограничивается стоимостью данных инструментов. Однако, возможность использования у “робота” монополярного и биполярного инструментов одновременно, делает его более выгодным. 6. Патентованный инструментарий системы da Vinci, оснащенный системой уменьшения тремора, системой управления движениями улучшает равноценность владения обеими руками до пределов, недоступных человеку и укорачивает кривую обучения, что в свою очередь резко снижает вероятность интраоперационных осложнений. Расширенный объем движений инструментов улучшает доступ и надежность при операциях в ограниченных пространствах (da Vinci позволяет транслировать движения рук хирурга в соответствующие микро движения инструментов внутри пациента; 3 роботизированные руки с инструментами, имеющими 7 степеней свободы). Выводы: современная лапароскопическая хирургия высокоэффективна, малотравматична и безопасна. По сути, выбор состоит из хороших и очень хороших

методов. Уровень безопасности и комфортности, визуализация при выполнении роботассистированных операций очень высокие (по сравнению с лапароскопическими вмешательствами), но остается вопрос доступности и стоимости. И если ранее лапароскопическая хирургия была резко ограничена именно по данным принципам (стоимость и доступность), то сейчас в мире 80% операций выполняются лапароскопически, и есть надежда, что аналогичная ситуация будет и с роботассистированными операциями.

566.Профилактика послеоперационных раневых осложнений при послеоперационных грыжах живота с учетом патогенетических факторов их развития

Ильченко Ф.Н., Барановский Ю.Г., Гривенко С.Г., Кондратюк Э.Э.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского»

Проблема послеоперационных раневых осложнений у больных с послеоперационными грыжами живота – одна из ключевых в решении профилактики рецидива заболевания. Цель. Разработка комплекса лечебных и диагностических мероприятий у больных с послеоперационной грыжей с учетом патогенетических факторов развития раневых осложнений. Материал и методы. В предоперационном периоде у больных с послеоперационными грыжами нами при планировании мероприятий по профилактике раневых осложнений учитывались патогенетические факторы их развития. Для этого анализировали особенности анамнеза заболевания и его клиники, результаты УЗИ, компьютерной термографии и томографии брюшной стенки, данные биохимических исследований, изучали выраженность специфического антиэндотоксинового иммунитета и цитокиновый профиль по показателям уровня интерлейкина 6. Проведение этих исследований у 357 больных с послеоперационными грыжами позволило выявить

группу из 126 больных (35,2%), у которых имелся повышенный риск развития раневых осложнений. Это были больные с обширными и гигантскими формами грыж, больные с лигатурными и кишечными свищами, трофическими расстройствами кожи, околошовными гранулемами, абсцессами и воспалительными инфильтратами в области грыжи, выявляемыми при УЗИ. Результаты и обсуждение. Информативными в отношении диагностики воспалительных изменений в тканях брюшной стенки были результаты компьютерной термографии. Она позволяла определить локализацию воспалительных очагов, степень их выраженности и распространенность в окружности грыжевого дефекта и тем самым прогнозировать возможную тканевую реакцию на имплантацию. В группу риска развития раневых осложнений были включены также больные с неврастимическими послеоперационными грыжами при наличии явлений частичной кишечной непроходимости, клинических и биохимических проявлений синдрома эндогенной интоксикации. Характерным для этих больных были признаки напряженности специфического антиэндотоксинового иммунитета, повышенное содержание молекул средней массы, провоспалительных цитокинов. В соответствии с этими данными в комплекс предоперационной подготовки у таких больных помимо общепринятых мероприятий включалась дезинтоксикационная, неспецифическая противовоспалительная и иммуномодулирующая терапия, селективная декантоминация кишечника и энтеросорбция. Общая схема этих мероприятий: предварительное проведение хирургической санации лигатурных свищей и воспалительных инфильтратов; предоперационная механическая санация и деконтаминация кишечника, энтеросорбция (при явлениях эндогенной интоксикации и частичной спаечной непроходимости кишечника); предоперационная антибиотикопрофилактика и назначение антибиотиков после операции; меры по предупреждению контаминации раны во время операции; широкое иссечение воспалительно измененных тканей грыжевого мешка и грыжевых ворот; использование «ареактивных» шовных и пластических материалов; обязательное дренирование раны; «активное» ведение раны после операции; назначение физиопроцедур, «стимуляторов» регенерации; контроль заживления раны и ранняя диагностика раневых осложнений с помощью УЗИ. При дифференцированном использовании этих мероприятий у обследованных больных частота раневых осложнений после протезирующей

герниопластики составила 9,5%. Однако, преимущественно это были неинфицированные серомы -31 больной, которые были купированы консервативно. Высокую вероятность инфицирования таких сером с последующим нагноением раны, образованием длительно незаживающих лигатурных свищей, отторжением сетки-имплантата, возникновением рецидива грыжи в большинстве случаев удалось предупредить путем активного контроля раневого процесса с помощью УЗИ и проведения профилактических мероприятий в соответствии с разработанной патогенетически обоснованной схемой. Нагноение раны наблюдали у 3 больных. Необходимости удаления сетчатого имплантата у этих больных не было. Из этой группы отдаленные результаты (1-3 года) изучены у 68 больных. Из них рецидивы имели место у 4 (5,9%).

567. Биодegradация ксеношунта при бедренно-подколенно-тибальной реконструкции.

Пинчук О.В., Образцов А.В., Яменсков В.В., Крыжов С.Н., Богатырев А.Р., Минин К.Ю.

Красногорск

ФГБУ ЗЦВКГ им. А.А. Вишневского

АКТУАЛЬНОСТЬ При окклюзионно-стенотической патологии артерий нижних конечностей наиболее часто, в 65% всех случаев, поражается бедренно-подколенный сегмент. Выбор трансплантата для замещения является ответственной задачей в сосудистой хирургии. Аутовена признается оптимальным кондуитом при реконструкциях дистальнее паховой складки. Однако в ряде случаев использование собственной вены не представляется возможным. Использование синтетических протезов сопряжено с большей частотой тромбозов в отдаленном периоде и повышенным риском инфекционных осложнений. Альтернативным выходом может быть применение биологических (ксено) протезов. В настоящее время при реконструкциях магистральных артерий в качестве ксенопротеза часто используют обработанные специальным образом сосуды быка – сонную и внутреннюю грудную артерии, мезентериальную вену. К преимуществам данного

трансплантата перед синтетическими относили большую устойчивость к инфекции, «комфортность» наложения сосудистого анастомоза, меньшую себестоимость. Вместе с тем, у 21% оперированных пациентов были отмечены явления биодegradации шунта в виде аневризм и эктазий. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В Центре сосудистой хирургии З ЦВКГ им. А.А. Вишневского биологические протезы для имплантации применяются с 2006 года. Нами используется кондуит из внутренней грудной артерии крупного рогатого скота обработанной эпоксисоединением “КемАнгиопротез”. Консервация, диэпоксидом обеспечивает резистентность трансплантата к кальцификации, придает материалу прочность и эластичность, не уступающие нативной ткани, и повышает гемосовместимость за счет гидрофильных свойств. С 2006 по 2017 годы выполнена 191 инфраингвинальная реконструкция с использованием ксенопротезов. В том числе, в это были 129 (67,5%) бедренно-тибальные реконструкции и в 62 (32,5%) наблюдениях – бедренно-подколенные. Среди больных 156 (81,7%) были мужчины и 35 (18,3%) женщин. Возраст пациентов колебался от 58 до 88 лет, средний возраст составил 70,8±8,6 лет. **ПОЛУЧЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЫ** Аневризматическая трансформация ксенопротеза (АТКП) в сроки от 2 до 10 лет была отмечена в 13 случаях, что составило 6,8% от числа всех имплантаций. Оперативные вмешательства были предприняты у 9 больных, еще у 4 от повторной хирургической операции воздержались. При выполнении повторных оперативных вмешательств в 6 случаях было выполнено замещение аневризматически измененного участка на синтетический протез без мобилизации дистального и проксимального анастомозов. Еще у двух пациентов потребовалось рещунтирование с формированием новых анастомозов. Показанием для повторной реконструкции считали увеличение поперечного размера ксенопротеза до 5,0 см. **ОБСУЖДЕНИЕ** Зона дистального и проксимального анастомозов ксенопротеза практически не подвергается аневризматической трансформации. Это облегчает техническое выполнение повторного вмешательства, так возможно хирургическое замещение участка АТКП без манипуляций в зонах анастомозов. Однако, среди наших 13 наблюдений АТКП в двух случаях отмечалось значимое увеличение размеров протеза непосредственно в зоне проксимального анастомоза – у обоих больных это были анастомозы «конец в конец» с браншами аорто-бедренного протеза. Нами не было отмечено ни одного случая дистальной эмболии при АТКП. Не наблюдали мы так же разрывов и тромбозов

шунтов, которые можно было бы связать с его аневризматической трансформацией. Таким образом, такие грозные осложнения периферических артериальных аневризм как разрыв и дистальная эмболия не являлись характерными для дегенеративно измененного ксенопротеза. **ВЫВОДЫ** Биологический протез из внутренней грудной артерии крупного рогатого скота может с успехом использоваться для инфраингинальной реваскуляризации. Частота такого специфического осложнения как АТКП составляет в отдаленном периоде по нашим наблюдениям 6,8%. **РЕКОМЕНДАЦИИ** Накопленный опыт позволяет рекомендовать более широкое применение ксенопротезов для бедренно-подколенно-тибиальных артериальных реконструкций при отсутствии аутовенозного трансплантата.

568. Экспериментальное определение жизнеспособности кишки при моделировании острой кишечной непроходимости

Капралов С.В., Сизгачев П.В.

Саратов

ФГБОУ „Саратовский государственный
медицинский университет имени
В. И. Разумовского“

Актуальность исследования. Острая кишечная непроходимость среди urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости является одним из наиболее трудных для диагностики заболеваний и отличается тяжелым клиническим течением. Одним из компонентов патогенеза острой кишечной непроходимости является ишемия стенки кишки с последующим ее некрозом. При этом, некробиотические изменения начинаются со слизистой оболочки кишки, вследствие чего интраоперационное определение жизнеспособности кишки является трудной задачей для хирурга. Материалы и методы исследования. Проведенные нами исследования были направлены на разработку нового объективного метода оценки нарушения микроциркуляции при острой кишечной непроходимости в эксперименте. Эксперимент проводился на 12-ти белых лабораторных крысах в два этапа: при обратимой и необратимой ишемии с

использованием метода лазерной спеклометрии и применением вазоактивных препаратов. Определение жизнеспособности кишечника достигалось тем, что после регионального введения вазоактивных препаратов, посредством спеклометрии оценивалась обратимость ишемии. Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что в отсутствии ишемии и при обратимой ишемии отмечалось улучшение микроциркуляции на фоне введения вазоактивных веществ, чего не происходило в случае необратимого характера ишемии. При этом скорость движения объектов микроциркуляционного русла на фоне введения вазоактивных веществ отличается от базальной перфузии почти что в 4 раза. Выводы. При анализе экспериментальных данных подтверждено, что метод спеклофотометрии с одновременным проведением фармакологической нагрузочной пробы является объективным способом определения жизнеспособности кишки при странгуляционной кишечной непроходимости, надежен и удобен в определении оптимальных границ выполняемой резекции и может служить четким прогностическим признаком некроза кишки.

569. Наш опыт бариатрической хирургии

Стебунов С.С., Глинник А.А., Богусевич О.С.

Минск

УЗ "9-я городская клиническая больница"

Проблема избыточного веса и ожирения чрезвычайно распространена в современном мире и приобретает характер эпидемии. Бариатрическая хирургия является наиболее эффективным методом обеспечения значительного и длительного снижения веса при морбидном ожирении. Используемые варианты современного лапароскопического лечения ожирения имеют высокий уровень эффективности и безопасности, однако ввиду их высокой затратности и сложности пациентов внедряются медленно. На сегодняшний день мы имеем опыт выполнения 274 бариатрических вмешательств у пациентов с ожирением: 112 рукавных резекций желудка, 125 регулируемых бандажирований желудка, 27 гастрешунтирований, 1 илеошунтирования и 9

пликаций желудка. Все вмешательства, кроме илеошунтирования, были выполнены лапароскопическим методом. Из 27 шунтирований желудка в 16 случаях произведено «классическое» шунтирование с гастроэнтероанастомозом на Ру-петле и 9 операций минигастрошунтирования с одним анастомозом. Средний возраст составил 37,5 лет (от 18 до 65 лет). Средний ИМТ составил 40.1 (от 29 до 75). Максимальный вес оперированного пациента – 230 кг. Из интраоперационных осложнений наблюдались следующие: ранение левой доли печени троакаром с массивным кровотечением, потребовавшим конверсии – 1 случай; повреждение задней стенки желудка при бандажировании в 2 случаях. Таким образом, процент интраоперационных осложнений составил 1.1%. Ранние послеоперационные осложнения: несостоятельность линии механического шва – 8 случаев; кровотечение из линии шва, потребовавшее релапароскопии и гемостаза – 1 случай; синдром приводящей кишки после минигастрошунтирования (релапароскопия, энтероэнтероанастомоз) – 1 случай. Нагноение послеоперационной раны с инфицированием порта в раннем послеоперационном периоде – 2 случая. Процент в группе ранних послеоперационных осложнений составил 4.3%. Летальности у пациентов, перенесших бариатрические операции мы не наблюдали. Поздние послеоперационные осложнения наблюдались в основном в группе больных после бандажирования желудка: эрозия бандажа в просвет желудка (эндоскопическое удаление бандажа) – 3 случая; слиппаж-синдром (релапароскопия, коррекция положения манжеты) – 2 случая; кахексия, потребовавшая удаления бандажа – 1 случай; пролежень порта с последующим инфицированием его и удалением системы – 2 случая. Имело место нагноение ран с формированием абсцессов передней брюшной стенки у пациентки через 1 месяц после минигастрошунтирования в одном случае. Общий процент поздних осложнений – 3.3% (в группе больных после бандажирования желудка - 6.4%). Отдаленные последствия бариатрических операций в плане потери веса и коррекции метаболических нарушений требуют дальнейшего изучения и анализа. Таким образом, несмотря на целый ряд не летальных осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде бариатрическая хирургия требует дальнейшего развития и более широкого внедрения в практику хирургического стационара.

570. Результаты эндоскопического лечения ятрогенных стриктур желчных протоков

*Старков Ю.Г. (1), Солоднина Е.Н. (1),
Замолодчиков Р.Д. (1), Джантуханова С.В. (1),
Выборный М.И. (1), Лукич К.В. (1),
Воробьева Е.А. (1)*

Москва

1) Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Введение. Интраоперационное повреждение желчных протоков является серьезным осложнением, ведущим к тяжелым последствиям. Лечение развивающейся стриктуры желчных протоков требует выполнения повторных и сложных реконструктивных вмешательств. По данным литературы уровень инвалидизации у таких пациентов достигает 50%, а средний срок лечения составляет 42 недели. Цель. Оценить результаты эндоскопического лечения ятрогенных стриктур желчных протоков. **Материалы и методы.** Представлена серия наблюдений, включающая 19 пациентов, которым в период с 2014 по 2017 год проводилось эндоскопическое лечение ятрогенных стриктур желчных протоков. Протокол лечения включал в себя выполнение ЭРХПГ, баллонной дилатации или бужирования зоны стриктуры с последующими этапными стентированиями возрастающим числом пластиковых стентов. В ряде случаев была выполнена установка покрытого самораскрывающегося металлического стента. **Результаты.** Первичная ЭРХПГ была технически успешна во всех наблюдениях. Эндоскопическое лечение завершено у 12 из 16 остающихся под наблюдением пациентов. Клинический успех, определенный как разрешение стриктуры, отмечен у 100% пациентов с завершенными этапными стентированием. В 1 наблюдении возникло интраоперационное кровотечение успешно остановленное стентированием металлическим стентом. В 2 наблюдениях отмечено развитие новой стриктуры по верхнему краю ранее установленных стентов через несколько месяцев после их удаления. Еще в одном наблюдении отмечен рецидивирующий холедохолитиаз при установленных пластиковых стентах. **Заключение:** наш опыт показывает, что эндоскопическое лечение ятрогенных стриктур желчных протоков является эффективным и безопасным методом, характеризующимся низким уровнем осложнений и отсутствием рецидива стриктуры в краткосрочном периоде. Оценка отдаленных результатов лечения

требует дальнейшего наблюдения. Ключевые слова: ЭРХПГ, эндоскопическое лечение, ятрогенные стриктуры, посттравматические стриктуры, стриктуры желчных протоков, стентирование, пластиковые стенты, металлические стенты, осложнения.

571. Введение послеоперационного периода при обструктивной резекции кишки

*Каташева Л.Ю.(1), Баранов А.И.(1), Ярошук С.А.(2),
Лецишин Я.М.(3), Шурыгина Е.И.(1)*

Новокузнецк

НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России, ГБУЗ КО Новокузнецкая городская
клиническая больница № 29, ГБУЗ КО
Новокузнецкая городская клиническая
больница № 1,

В настоящее время в лечении острого мезентериального тромбоза осложненного перитонитом уделяется много внимания, хирургам приходится решать множество вопросов: какой объем операции необходимо выполнить, как завершить операцию, какая хирургическая тактика ведения больных в послеоперационном периоде. Одни хирурги утверждают, что адекватная резекция тонкой кишки в пределах здорового участка позволит сформировать межкишечный анастомоз в ходе первичной операции и тем самым снизит частоту релапаротомии у тяжелого контингента больных. Другие склоняются к многоэтапному способу лечения, основанного на принципе «damage control» и включающее программные санации брюшной полости. Основываясь на том, что применение анастомозов в условиях распространенного воспалительного процесса в брюшной полости и передней брюшной стенки, наличие энтеральной недостаточности сопровождается повышенным риском их несостоятельности. Разработка тактических вопросов, связанных с первичным или отсроченным межкишечным анастомозированием на этапах программных санаций брюшной полости является особенно актуальной. Цель: изучить варианты введения пациентов с острым мезентериальным тромбозом в

послеоперационном периоде после обструктивной резекции кишки. Материалы и методы исследования Проведен анализ 164 историй болезни пациентов пролеченных в ГБУЗ КО «НГКБ№ 29», ГБУЗ КО «НГКБ№ 1» за период с 2011 по 2017 год с острым нарушением брыжеечного кровообращения в стадии некроза кишечника и перитонита. Все пациенты разделены на 2 группы: в первую группу (ретроспективное наблюдение) вошли 122 пациент, которым во время первой лапаротомии с учетом показателей APACHE II, SOFA, МИП и ИБП выполнялась резекция тонкой кишки с формированием первичного межкишечного анастомоза по типу «бок в бок». В дальнейшем при наличии возникших интраабдоминальных осложнений выполнялись релапаротомии «по требованию», во вторую группу (проспективное наблюдение) составили 42 больных, которым во время первой лапаротомии с учетом показателей APACHE II, SOFA, МИП и ИБП выполнялась обструктивная резекция тонкой кишки с ушиванием концов кишки наглухо и погружением в брюшную полость, с последующими программными санации брюшной полости. После ликвидации перитонита формировался межкишечный анастомоз в отсроченном порядке по типу «бок в бок». По полу, возрасту и стадиям поражения обе группы были сопоставимы. Результаты и обсуждение Все пациенты госпитализированы в стационары по экстренной помощи, с разными предварительными диагнозами. На основе клинической картины, лабораторных и инструментальных методах исследования, поставлен диагноз острого нарушения брыжеечного кровообращения в стадии некроза кишечника и перитонита. Мужчин было 71 (43%), женщин — 93 (57%). Средний возраст женщин составил 80,2 лет, мужчин 67,6 лет. С клиникой разлитого перитонита и паралитической кишечной непроходимости поступило 126(76%) пациентов с длительностью заболевания более 12 часов, что подтверждено рентгенологическим исследованием органов брюшной. Нарушения сердечного ритма встречалось в 124 случаях (76,1%). Тяжесть состояния пациентов в I группе по шкале APACHE II составила 23,6±2,7 баллов, во II группе 24,43±2,9 баллов. По шкале SOFA в I группе достигала 9,1±1,3 баллов, во II группе 9,9±1,2 баллов. Мангеймский индекс перитонита (МИП) в I группе 33 во II группе 29,7. По тяжести перитонита (индекс брюшной полости В.С. Савельева) — в I группе 22,6 балла, во II группе 17,4. Статистически достоверных различий между группами выявлено не было (p>0,05). Значения шкал МИП и ИБП имели высокие цифры, что соответствовало тяжелому абдоминальному

сепсису и требовало повторной релапаротомии. Оперативное лечение включало в себя проведение обструктивных резекций тонкой кишки с первичным формированием анастомоза в I группе и в случае появления (нарастания) клиники перитонита выполнялась релапаротомии «по требованию», таких релапаротомий было 81 случая. Во второй группе оперативное лечение включало: обструктивную резекцию тонкой кишки с ушиванием концов кишки наглухо и погружением в брюшную полость. В дальнейшем формировался межкишечный анастомоз в процессе программированных санаций брюшной полости, таких релапаротомий было 17 случаев. Декомпрессию тонкой кишки в обеих группах осуществляли с помощью назоинтестинальной интубации ее приводящих отделов с последующей активной аспирацией кишечного содержимого после операции. Во время первой релапаротомии оценивалось состояние брюшной полости, несостоятельность анастомозов, случаи продолжающегося некроза тонкой кишки. В I группе в 54 случаях был выявлен продолжающийся тромбоз и перитонит. Во II группе в 5 случаях был выявлен продолжающийся тромбоз и перитонит. Несостоятельность анастомозов в первой группе составило 68 случаев, во второй - 4. По времени операция длилась в I группе до 1.5 часа у 12 (10.5%) пациентов, во II у 30 (71.4%) пациентов. Свыше 90 минут в I группе у 102(89.5%) пациентов, во II группы у 12(28.6%) пациентов. То есть больше времени затрачено на операции в I группе. Лечение в I группе в 3 раза чаще осложнилось разлитым перитонитом и в 1.5 раз диффузным перитонитом, в сравнении с лечением со II группой. Во второй группе не было случаев тяжелой кровопотери, в первой 3 случая. Осложнения развились после резекции кишки с первичным наложением анастомоза в 104 случаях. При резекции кишки с наложением анастомоза в отсроченном порядке в 32 случаях. В первой группе из 122 пациентов умерли 113 или 92,6 %, во второй группе с использованием двухэтапной тактики умерли 9 пациентов или 20,9%. Основной причиной послеоперационной летальности в обеих группах явился продолжающийся распространенный перитонит и полиорганная недостаточность (71% и 22% соответственно). Во второй группе среди причин послеоперационной летальности большую роль играла острая сердечно-сосудистая недостаточность (33%), тромбоэмболические осложнения (11%), пневмония нозокомиальная (33%). Вывод Таким образом, система программированных релапаротомий и санаций, декомпрессия кишки в послеоперационном периоде позволила снизить общую летальность с

98,2% до 38,7%. Тяжелое состояние больного в послеоперационном периоде и распространенность воспалительного процесса в брюшной полости могут служить основанием к выполнению резекции тонкой кишки без наложения первичного межкишечного анастомоза.

572. Организация хирургической помощи в стационаре кратковременного пребывания при поликлинике

*Жданов А.И.(1), Рудой В.Г.(1,2),
Разворотнев А.В.(2), Бредихин С.В.(2), Ткачев
И.Е.(2)*

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко
- 2) Воронежская городская клиническая поликлиника №7

Актуальность. В настоящее время к одной из стационарозамещающих форм хирургической помощи относится центр амбулаторной хирургии со стационаром кратковременного пребывания (СКП) в составе поликлинического учреждения, который предназначен для оказания квалифицированной и специализированной многопрофильной помощи больным хирургического профиля в расширенном диапазоне. Объем и эффективность оказания хирургической помощи в этой новой организационной структуре во многом зависит от условий, которые можно продемонстрировать на примере организации и результатов 14-летней работы центра амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике № 7. Материалы и методы. Центр амбулаторной хирургии при поликлинике со стационаром кратковременного пребывания до 3 суток создан в 2004г. на базе хирургического отделения поликлиники (ХОП), которая оказывает медицинскую помощь 190 000 населению одного из крупных районов г. Воронежа и рассчитана на 1873 посещения в смену. На одном этаже с СКП расположено ХОП, которое тесно взаимодействует с этим стационаром и предназначено для приема в 2 смены больных по 5 специальностям. Стационар кратковременного пребывания 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 штате СКП предусмотрена круглосуточная служба. Для оставленных под наблюдение послеоперационных больных в СКП имеется дежурный ночной пост, состоящий из врача, медицинской сестры и санитарки. В операционных имеются наборы инструментов и оборудование для оперативных вмешательств по 7 специальностям. Для случаев возможных интраоперационных осложнений при видеозендоскопических операциях на органах брюшной полости имеется специальный набор инструментов и необходимые условия для выполнения транслапаротомных оперативных вмешательств. Достаточный опыт и квалификация хирургов и анестезиологов-реаниматологов позволяют при этих осложнениях выполнять различные корригирующие операции. Среди сотрудников центра - 2 кандидата медицинских наук, 10 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 2 - первую категорию. Оперативные вмешательства в СКП производим 5 дней в неделю. На 3 операционных столах в течение одного рабочего дня выполняем от 6 до 10 операций. На следующее утро после перевязки больных, в большинстве случаев, выписываем на амбулаторное лечение, которое в дальнейшем производим в условиях ХОП. Большое значение придаем тщательному отбору пациентов для оперативного лечения в СКП, который выполняем по стандартным методикам с обязательным осмотром кардиолога и анестезиолога. Необходимо выявлять больных с сопутствующими заболеваниями, при которых оперативное лечение целесообразно производить в условиях хирургических стационаров больниц, а также пациентов с недостаточной возможностью надлежащего домашнего ухода после оперативного лечения. При этом не направляем в СКП больных с обострением основных заболеваний (острый холецистит, холангит), а также с инфицированными поражениями кожных покровов (трофические язвы, пиодермия и пр.) Результаты. За 14 лет в СКП по стационарозамещающим технологиям произведено 12 778 операций по 47 наименованиям, которые до открытия центра в поликлинике не выполняли. Из них произведено: лапароскопических холецистэктомий – 2116; артроскопий с удалением экзостозов, менискэктомий – 1784; артроскопических пластик

передней крестообразной связки – 126; артроскопических операций на плечевых суставах – 25; операций по поводу фимоза, кист придатка яичка, варико-и гидроцеле – 1148; гистерорезектоскопий и лапароскопических методов лечения бесплодия (резекций яичников, кист придатков и др.) – 2090; флебэктомий – 714; грыжесечений с различными способами герниопластики – 2447 и др. При этом лапароскопическая герниопластика выполнена у 383 пациентов. Средняя длительность пребывания больных в СКП после операций составила: после лапароскопических холецистэктомий - 1.6 дня; грыжесечений – 1.7; лапароскопической герниопластики - 1.3; гистерорезектоскопий – 1.1; лапароскопических резекций яичников по поводу бесплодия – 1.2; артроскопий, менискэктомий – 1.1; иссечений варико-и гидроцеле – 1.3; флебэктомий – 1.3 дня. Обсуждение. Опыт 14-летней работы СКП при поликлинике позволил выявить следующие особенности его организационной структуры и функционирования. Организационно-штатное устройство СКП при поликлинике должно соответствовать условиям, предъявляемым к хирургическим стационарам больниц: строгое соблюдение требований санитарно-эпидемиологического режима, достаточную профессиональную подготовку сотрудников, такие же, как и в больничных стационарах подразделения, оборудование и инструменты. Но эта новая организационная структура имеет ряд существенных отличий от хирургических отделений больниц, которые позволили существенно повысить эффективность работы поликлинического стационара. Прежде всего следует отметить максимальную преемственность, четкое взаимодействие ХОП и СКП, что дало возможность реально осуществить замкнутый цикл хирургического лечения больных и, таким образом, эффективно контролировать качество обследования и оперативного лечения на всех этапах этого цикла, что способствует снижению осложнений. Одним из основных отличий СКП от хирургических стационаров больниц является минимизация риска развития внутрибольничной инфекции у оперированных больных для чего необходимо: производить тщательный «отсев» пациентов с обострением основных и сопутствующими заболеваниями, а также с инфицированными поражениями кожных покровов; не выполнять операции, связанные со вскрытием просвета кишечника или санацией гнойных коллекций, чтобы не инфицировать операционные, перевязочные и палаты; отказаться от больничного кормления в СКП и использования больничного постельного белья

многократного применения. Уменьшить количество осложнений, связанных с внутригоспитальной инфекцией в значительной мере способствует ранний (от 1 до 3 дней) перевод на амбулаторное лечение послеоперационных больных до появления у них в СКП гнойно-воспалительных осложнений. Немаловажное значение имеет снижение материальных затрат на хирургическое лечение за счет уменьшения стоимости дня пребывания в стационаре, сокращение сроков госпитализации, а также в результате отказа от использования больничного постельного белья многократного применения и больничного питания. Выводы. Новая организационная структура – центр амбулаторной хирургии со стационаром кратковременного пребывания в составе поликлиники позволяет в одном лечебно-профилактическом учреждении удачно сочетать возможности хирургического отделения поликлиники и стационара кратковременного пребывания. Это предоставляет возможность выполнять оперативные вмешательства госпитального реестра с качеством, сопоставимым при выполнении аналогичных операций в хирургических стационарах больниц, уменьшить при этом послеоперационные осложнения, особенно гнойно-воспалительные и, что особенно важно в наше время, существенно снизить материальные затраты на хирургическое лечение. На примере организационной структуры и функционирования центра амбулаторной хирургии со стационаром кратковременного пребывания при поликлинике возможно создание самостоятельных (автономных) центров хирургии, куда из различных поликлиник будут направлять для отбора пациентов на малоинвазивные оперативные вмешательства, которые выполняют в этих центрах и тем самым уменьшить поток больных для оперативного лечения в дорогостоящие хирургические стационары больниц.

573. Применение индивидуальных критериев выбора метода лечения ректоцеле

*Швецов В.К., Грошилин В.С.,
Бакуляров М.Ю., Узунян Л.В.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Актуальность исследования: В настоящее время в мире отмечается рост заболевания ректоцеле, при II—III степени которого основным методом лечения является хирургический. Разнообразные методики оперативного вмешательства до конца не решают проблему психологического и физического страдания, вызванную нарушением функции нормального опорожнения кишечника. Нестабильные результаты и высокая частота послеоперационных рецидивов заболевания свидетельствуют об актуальности и необходимости поиска решения проблемы коррекции ректоцеле. Цель исследования: повышение эффективности лечения ректоцеле путем применения дифференцированного лечебного алгоритма в сочетании с оригинальным способом оперативного лечения, который сочетает эндоректальную циркулярную слизисто-подслизистую резекцию с передней леваторопластикой. Методы и материалы: Проведен анализ результатов оперативного лечения 75 пациенток с ректоцеле. Средний возраст пациенток составил $52,1 \pm 1,4$ года. При помощи «Способа выбора метода хирургического лечения ректоцеле» (патент РФ № 2593742), все пациентки были разделены на три группы. В первую группу вошли 21 пациентка, которым была выполнена передняя сфинктеролеваторопластика. Во вторую группу вошли 25 больных, которым было ликвидировано дивертикулообразное выпячивание методом Лонго. В третью группу вошли 29 пациенток с наиболее выраженной клинической симптоматикой, у которых, согласно разработанному алгоритму использована методика аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя, дополненной модифицированной методикой леваторопластики (патент РФ № 2526971). Показания к операции определялись на основании клинических данных с учетом объективных качественных и количественных результатов инструментального исследования. Более чем в 2/3 наблюдений данная патология возникала у женщин, перенесших избыточные физические нагрузки, роды крупным

плодом, а также многократные роды, что являлось пусковым механизмом в развитии рассматриваемой патологии. Сроки послеоперационного наблюдения составили на менее 8 месяцев, с контрольными осмотрами через 4, 12, 36 недель после операции. Результаты исследования: В после операционном периоде после выполнения передней сфинктеролеваторопластики, у женщин с ректоцеле III степени, отмечено 4 рецидива (19%), кроме того, еще у 2 пациенток (9,5 %) чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации сохранялись умеренные проявления обструктивной дефекации. При ликвидации ректоцеле методом Лонго рецидивов не было, однако, у 6 пациенток (24%) выявлен интенсивный болевой синдром, потребовавший назначения наркотических анальгетиков, также у 5 больных (20%) выявлены не купируемые консервативно эвакуаторные расстройства при манометрически доказанной дисфункции мышц тазового дна. После использования оригинального способа эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненного передней леваторопластикой, Жалобы на неполное опорожнение после дефекации, отмеченные у 3 больных (10,3%), медикаментозно купированы за 9 суток. У 1 пациентки (3,4%), с ректоцеле размером более 7 см, до оперативного лечения отмечались тенезмы. Резистентных к послеоперационной терапии эвакуаторных расстройств не было. Рецидивов заболевания, нагноительных осложнений, за 36 недель контрольного наблюдения не отмечено. Заключение: При использовании комбинированного оперативного вмешательства у 29 пациенток с ректоцеле II и III степени, рецидивов заболевания, нагноительных осложнений, за 36 недель контрольного наблюдения, не отмечено. Полученные результаты доказывают, что оригинальная методика комбинированной операции при ректоцеле II-III ст. позволяет снизить частоту рецидивов, получить стабильные функциональные результаты, достичь купирования обструктивной дефекации за счет создания создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса и одномоментной циркулярной слизисто-подслизистой резекции стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки. По сравнению с традиционными методиками, разработанный способ показал лучшие результаты.

574. Опыт использования оригинального способа малоинвазивного хирургического лечения свищей прямой кишки

Цыганков П.В., Грошилин В.С., Мрыхин Г.А., Швецов В.К., Узунян Л.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Актуальность: Свищевая форма хронического парапроктита является одной из наиболее распространенных проблем современной колопроктологии. Пациенты с ректальными свищами составляют от 10 до 35% проктологических больных. Существующие современные оперативные методики лечения свищей прямой кишки достаточно многообразны. Однако, обширная операционная травма, повышает вероятность развития осложнений, таких как рубцовые стриктуры и анальная инконтиненция. Частота неудовлетворительных результатов лечения данной категории больных достигает 30-48%. Высокий процент послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов лечения больных с хроническим парапроктитом стал предпосылкой для поиска и внедрения в клиническую практику новых малоинвазивных методик лечения свищей прямой кишки. Цель – оценить клиническую эффективность разработанной малоинвазивной оригинальной методики хирургического лечения свищей прямой кишки. Материалы и методы: В рамках проспективного контролируемого исследования в клинике ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России пролечено 219 пациентов с хроническим парапроктитом, рецидивными и сложными транс- и экстрасфинктерными свищами в период с 2012 по 2017 года. Из них 156 мужчин (71,2%) и 63 женщины (28,8%). Пациенты сформировали три сопоставимых по структуре группы, сформированные в зависимости от использованных методов хирургического лечения хронического парапроктита, сложных транс- и экстрасфинктерных, рецидивных ректальных свищей. В основную группу вошли 49 больных (22,4%), которым применен видеоассистированный метод лечения свищей с использованием фистулоскопии по оригинальной методике, в I контрольной группе - 87 пациентам (39,7%) выполнено иссечение свища с ликвидацией внутреннего отверстия, ушиванием его культи в промежностной ране, во II контрольной группе - 83

пациентам (37,9%) выполнено радикальное иссечение свища с сегментарной проктопластикой. Результаты и обсуждение: При анализе проведенного лечения получены следующие результаты: общее число осложнений, включающих нагноение послеоперационных ран, некроз низводимого лоскута прямой кишки, возникновение рецидива заболевания в основной группе клинических наблюдений составило 7 наблюдения (14,3%), а в первой контрольной группе 22 (25,3%), во второй контрольной группе - 19 (22,9%). Удельный вес осложнений, в том числе, связанных с последующим рецидивом свищей, составил в основной группе – 4 (8,2%). При этом, 1 рецидивный свищ в последствии «закрылся» консервативно при дальнейшем амбулаторном наблюдении, в 3-х случаях потребовалось повторное оперативное лечение. Длительность лечения в зависимости от методики операции выразилась в следующих цифрах послеоперационного койко-дня ($5,23 \pm 2,4$ в основной группе, против $12,7 \pm 3,1$ дня в первой контрольной группе и $13,21 \pm 4,0$ дней во второй контрольной группе). При рецидивных и сложных экстрасфинктерных свищах максимален риск травмы ранее дискредитированных и, зачастую, поврежденных компонентов запирающего аппарата прямой кишки, что создает высокую вероятность недостаточности сфинктерного аппарата и, как следствие, анального недержания. Использование способа видеоассистированного малоинвазивного лечения у наиболее сложного среди пациентов с ректальными свищами контингента, позволило получить наилучшие среди групп сравнения результаты при безопасности, достигаемой за счет минимальной травматичности. Выводы: Считаем, что разработанная оригинальная методика малоинвазивного хирургического лечения свищей прямой кишки показала свою эффективность, при этом является малотравматичной, оказывает минимальное воздействие на запирающий аппарат прямой кишки и соответственно не создает предпосылок к развитию инконтиненции в ранние и отдаленные сроки, в связи с чем следует рассматривать ее как метод выбора при оперативном лечении свищей прямой кишки. Представленные данные позволяют рекомендовать оригинальный, разработанный нами малоинвазивный метод лечения свищей с использованием фистулоскопии для применения в клинической практике.

575. Опыт диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей

*Богомолов Н.И., Гончарова М.А., Голякова А.С.,
Ленская Ю.Ю.*

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ, Краевое
патологоанатомическое бюро МЗ Заб.края

Актуальность. Проблема диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей (НЭО) остаётся трудной и сложной, особенно в ситуации с нефункционирующими образованиями при недостаточной материально-технической оснащённости медицинских организаций. Только консолидация усилий эндокринологов, онкологов, хирургов, специалистов по лучевой и лабораторной диагностике, патоморфологов позволяет решить вопросы диагностики и лечения НЭО. Материалы и методы. Анализирован материал двух клиник и Краевого патологоанатомического бюро по диагностике и лечению НЭО. В 61 случае диагностирован карциноид с различной локализацией, в 5 – гастринома и в 2 – инсулинома. Мужчин было 31, женщин 37, средний возраст пациентов $48 \pm 6,2$ года. Диагностика опиралась на современные методы инструментальной визуализации, лабораторные исследования, гистологические и гистохимические заключения. Все больные оперированы. Локализация карциноидов была в органах пищеварительной системы у 45, в легких – у 14, по одному случаю в мочевом пузыре и щитовидной железе. В четырех наблюдениях выявлены метастазы в паратрахеальные и(или) регионарные лимфоузлы и в печень. Гастринома локализовалась у 3 человек в двенадцатиперстной кишке, у одной - в культе желудка и ещё у одного - в теле поджелудочной железы. Инсулинома в обеих случаях локализовалась в поджелудочной железе. Полученные результаты. Хирургические методы доминируют в лечении НЭО. Объёмы операций варьируют от энуклеации опухоли при органосохраняющих технологиях до расширенных резекций с лимфаденэктомией в регионарных бассейнах лимфатической системы. При лёгочной локализации выполнялись типичные или атипичные резекции органа, в том числе в торакоскопическом варианте. После резекции органов брюшной полости окончательный диагноз устанавливали патоморфологи. После аппендэктомии гемиколэктомия сделана 4 больным, а три человека

от аналогичной операции отказались. Обсуждение. Диагностика НЭО трудна, известны некоторые биохимические маркёры, при функционирующих опухолях может меняться уровень гормонов. Значение инструментальных средств визуализации всё более возрастает. При болюсном контрастировании во время КТ – исследования в ряде случаев можно предположить локализацию НЭО по изо- или гиподенсным участкам изучаемого органа. Дооперационная верификация процесса сложна, а при ряде опухолей пока невозможна. Карциноиды встречаются чаще в органах пищеварения, среди опухолей на их долю приходится 0,6-1,5%. Выделяя биологически активные вещества они формируют карциноидный синдром, типичными проявлениями которого являются приливы крови к лицу и туловищу, похудание, диарея, боли в животе, асцит, желтуха и кардиальный синдром из-за поражения клапанного аппарата. Чаще всего карциноид поражает тонкую кишку, затем следует червеобразный отросток. Об истинной частоте встречаемости НЭО можно судить по данным отчётов краевого патологоанатомического бюро, материал которого свидетельствует об обнаружении карциноида червеобразного отростка в 5 случаях, НЭО кишки – в 12, карциноида лёгкого – в 7, НЭО поджелудочной железы – в 1 наблюдении и это только за 3,5 года деятельности (2010-2013гг). Выявляемость составила 0,66 случаев на 100000 населения. Проживало в Забайкальском крае на 01.01.2017 года 1 079 493 человека. Диагноз установлен после изучения операционного и (или) секционного материала. Рентгенологическое исследование, включая КТ, позволило выявить опухоль в лёгком, поджелудочной железе; УЗ – исследование дополняло полученные результаты, и у 7 человек заболевание заподозрено на основании клинко-лабораторных данных при функционирующих НЭО. Предварительными диагнозами были: у 12 человек острый аппендицит, у 6 - опухоль легкого, у 6 – язвенная болезнь, включая рецидивные пептические язвы, у 1 - зоб, у 1 - полип мочевого пузыря. Карциноид протекал в форме язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией у 1 и кровотечением - у 5 пациентов; в форме полипа 12-перстной кишки - у 2. В виде опухоли тонкой кишки карциноид был у 2 человек, включая одного с дивертикулумом Меккеля и у 3 в прямой кишке. Карциноид сочетался с раком легкого у 1, раком прямой кишки - у 1 и раком простаты - у 1 человека. Перфорацией опухоль осложнилась у 2 и кровотечением - у 3 больных. Метастазы выявлены в 4 случаях, карциноидный синдром имел место у 5 человек. В большинстве

случаев сделаны адекватные радикальные и условно-радикальные операции. Химиотерапия применена 4 больным. Умерло 5 пациентов, 4 в раннем послеоперационном периоде и пятый - в ближайший год после комплексного лечения. Выводы и рекомендации. Таким образом, среди НЭО, по нашим данным, доминируют карциноиды с локализацией в органах пищеварения, на втором месте легкие. Окончательная диагностика оказалась возможной только после исследования операционного или секционного материала. В большинстве случаев радикальное лечение было успешным.

576. Артроскопические операции при внутрисуставных повреждениях коленных суставов в стационаре кратковременного пребывания при поликлинике

Шевченко Д.С.(2), Самодай В.Г.(1), Рудой В.Г.(1,2)

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко
- 2) Воронежская городская клиническая поликлиника № 7

Актуальность. Постоянное совершенствование артроскопических инструментов и оборудования уменьшило травматичность эндоскопических реконструктивных операций на коленных суставах и сделало их повседневными в лечении данной категории пациентов. Применение современных методов анестезии предоставило возможность выполнять эти малотравматичные вмешательства в стационаре кратковременного пребывания (СКП) при поликлиники. Цель. Обосновать возможность выполнения реконструктивных артроскопических операций при внутрисуставных повреждениях коленных суставов в СКП при поликлинике. Материалы и методы. За время работы стационара кратковременного круглосуточного пребывания при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 с 2004 года нами выполнено 1759 артроскопических операций на коленных суставах. Возраст пациентов составил от 15 до 78 лет. Все операции выполняли под эпидуральной анестезией, с использованием инструментов и

оборудования производителей «Крыло», «KARL STORZ», «DePuy Mitek», «Richard Wolf». С 2013 года мы выполнили 126 (7,2%) артроскопических пластик передней крестообразной связки (ПКС) В ходе 119 операций использовали транстибиальную методику формирования туннелей. В 7 случаях туннель в бедренной кости формировали антеромедиально. Аутоотрансплантант формировали из сухожилий нежной и полуперепончатой мышц у 112 пациентов, и у 14 - из сухожилия квадрицепса бедра с костным блоком из надколенника. Для фиксации бедренного компонента использовали поперечные гвозди-фиксаторы «Rigid Fix» в 117 (92,9%) случаев, биоабсорбируемые винты Absolut – в 7 (5,6%) и в 2 (1,6%) - титановые пуговицы. Для фиксации большеберцового компонента использовали гильзы-винты «Biointrafix» в 29 (23,0%) случаев и в 97 (77,0%) - винт «Absolut». Реабилитацию все пациенты проходили в ортезе с регулируемым углом сгибания. С 2016 года при продольных паракапсулярных разрывах менисков у 24 (1,4%) пациентов с давностью травмы от 7 суток до 2 лет мы выполнили артроскопический шов мениска. Возраст пациентов был от 17 до 42 лет. В 20 случаях выполнили этот шов по методике «снаружи-внутри» и в 2 - применили методику «все внутри» с использованием одноразовой системы «Fast fix». Еще у двух пациентов использовали оба способа прошивания. Всем пациентам рекомендовали иммобилизацию на три недели. В четырех случаях через 2-3 месяца, выполняя артроскопическую пластику ПКС, удалось оценить состояние швов. Пришитый фрагмент был стабилен. У двух пациентов в ходе повторной операции был обнаружен комбинированный разрыв пришитого фрагмента. Выполнили парциальную резекцию. Одной пациентке с разрывом задней крестообразной связки (ЗКС) выполнена пластика аутоотрансплантантом из подколенных сухожилий с фиксацией интерферентными винтами Absolut. Одному пациенту с последствиями полного вывиха голени и нестабильностью коленного сустава выполнена одномоментная пластика ПКС аутоотрансплантантом из квадрицепса бедра с костным блоком и аллопластика ЗКС синтетическим протезом с фиксацией титановыми интерферентными винтами. С 2004 года нами также было выполнено 1607 (91,4%) артроскопических вмешательств по поводу последствий травм и заболеваний коленного сустава. Из них: диагностических артроскопий - 145; резекций медиального мениска – 639; наружного мениска – 291; суставных лаважей при деформирующем остеоартрозе, хроническом синовите – 203; синовэктомий, резекций гипертрофированной

медиопателлярной складки, тела Гоффа – 142; удалений хондромных тел - 106; абразивных хондропластик и микроперфораций при хондромалациях III-IV ст и асептическом некрозе – 81 операций. Результаты. Послеоперационные осложнения в группе из 1607 больных составили 6.2%. Из них случаев синовита – 4.4%, гемартроза - 1.3% и 0.5% - нарушений чувствительности в области оперативного воздействия. После артроскопических пластик ПКС осложнения выявили в 7.2% случаев. Синовит развился в 5.2% случаев и в 2.0% - при повторной травме произошла внутритуннельная миграция винта. У всех пациентов, несмотря на осложнения, функция оперированного сустава восстановлена полностью. У трех пациентов в процессе реабилитации развился рецидив нестабильности, выполнена ревизионная пластика ПКС. Выводы. Использование малотравматичных инструментов и оборудования, а также применение современных методик анестезиологического пособия позволяет успешно выполнять реконструктивные артроскопические операции в СКП при поликлинике.

577. Лимфодренирующие операции у больных с декомпенсированным осложненным циррозом печени

Капустин Б.Б., Анисимов А.В., Елхов И.В.

Ижевск

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия ИМЗ РФ

Цель исследования: проанализировать целесообразность выполнения внутреннего и наружного отведения лимфы пациентам с декомпенсированным осложненным течением цирроза печени. Материал и методы. Учитывая дискуссионность проблемы портально-лимфатической гипертензии у пациентов с циррозом печени и способах ее устранения, лимфоотведение выполнено 11 пациентам с декомпенсированным осложненным циррозом печени, соответствующем клиническому диагнозу «терминальная фаза заболевания». Средний возраст составил 54,5 лет; преобладали мужчины. У 9 пациентов (81,8%) портальная гипертензия

сопровождалась диуретикоустойчивым асцитом и выраженной энцефалопатией. Все пациенты имели в анамнезе по одному эпизоду кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода с эффективным гемостазом зондом Блекмора и вазоактивной терапией. Основной операцией служили дуктолиз устья грудного лимфатического протока (ГЛП); в сочетании с лимфатикостомой - у 4 больных. Наружное дренирование лимфатической системы выполнено больным с уровнем билирубина более 100 ммоль/л. До и после оперативного вмешательства изучены изменения уровня билирубина крови, АЛТ и АСТ, а также площадь селезенки при контрольном рутинном ультразвуковом исследовании. Результаты. До выполнения лимфодренирующих операций в биохимических анализах крови средние значения составили: общего билирубина $83,1 \pm 26,5$ ммоль/л; АСТ $212,1 \pm 70,5$ ед/л; АЛТ $80,3 \pm 22,9$ ед/л. Через 7 суток после операции выявлена тенденция к снижению исследуемых показателей: общий билирубин составил $19,6 \pm 3,9$ ммоль/л; АСТ $69,9 \pm 20,7$ ед/л; АЛТ $43,1 \pm 10,9$ ед/л; Площадь селезенки изменилась незначительно с $88,5 \pm 24,7$ см. до $80,3 \pm 22,7$ см. В раннем послеоперационном периоде осложнений операции и летальных исходов не было. Полученные предварительные результаты позволяют рассматривать малотравматичные лимфодренирующие операции у больных с циррозом печени класса «С» как возможную альтернативу малоэффективному терапевтическому лечению.

578. Лучевая навигационная технология в определении точек установки портов при лапароскопической эхинококкэктомии печени

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Хамидов Т.М.

Махачкала

ДГМУ

В последние годы стали широко применять малоинвазивные способы лечения кистозных поражений внутренних органов. Однако, не всегда возможно удачное выполнение операции по удалению эхинококковых кист печени в малоинвазивном варианте. Во многом это связано с

выбором точек установки портов при лапароскопической эхинококкэктомии из печени. Цель исследования. Определить эффективность использования лучевых навигационных технологий в определении точек установки портов при лапароскопической эхинококкэктомии из печени. Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов эхинококкэктомии из печени в лапароскопическом варианте при малых и средних кистах печени в двух группах пациентов. Основная группа состояла из 32 пациентов, которым для определения точек установки портов были использованы лучевые навигационные технологии, контрольная – 34 пациента, где указанные технологии не применялись. Пациенты включенные в данное исследование имели кистозные образования диаметром от 4,2 до 7,7 см. Все кисты большей своей частью выступали над поверхностью печени. Всего у 66 пациентов имелось 78 кистозных образований, то есть монокистозное поражение отмечено в 54 (81,8%) наблюдениях, а множественное поражение печени – в 12 (18,2%) случаях. Из них в основную группу вошли 27 случаев с монокистозным эхинококкозом и 6 – с множественным поражением. В наблюдениях с монокистозным поражением печени в 32 случаях они локализовались в правой доле, в 22 – в левой, а при множественных кистах у 7 пациентов они локализовались в правой и левой долях и у 5 – только в правой. Лапароскопическая аплатизация кист проведена в 64 (82,2%) наблюдениях, субтотальная цистперикистэктомия – в 11 (14,1%), краевая резекция печени – в 3 (3,7%). Из них в основной группе : 30 - аплатизация кисты, 6 – субтотальная цистперикистэктомия и 2 - краевые резекции. Для составления компьютерной навигационной программы использованы данные УЗИ, КТ и МСКТ брюшной полости. Результаты и обсуждение. Переустановить порты в основной группе пациентов пришлось в 6 (18,7%) наблюдениях, в контрольной - в 9 (26,4%), увеличить количество портов - в 4 и 6 случаях соответственно. Конверсия на лапаротомию в основной группе пациентов осуществлено в 1 (3,1%) случае, в контрольной - в 3 (8,8%). Абдоминальные осложнения в основной группе пациентов развились в 3 (9,3%) наблюдениях, в контрольной – в 5 (14,7%). Цистобилиарный свищ в послеоперационном периоде в основной группе сформировался в 1 наблюдении, в контрольной – в 2. Жидкостные скопления в окологепаточной зоне отмечены в основной группе у 2 пациентов, в контрольной – у 3. Раневые осложнения в группах сравнения не имелись. Осложнения общего характера отмечены у 2 (6,1%) пациентов основной

группы и у 3 (8,5%) – контрольной. Во всех случаях имелся правосторонний экссудативный плеврит. Медиана длительности оперативного вмешательства в основной группе пациентов составила 47 ± 5 минут, а в контрольной – 54 ± 6 . При эхинококковых кистах малого и среднего размеров более показаны малоинвазивные оперативные вмешательства. Они эффективно реализуются при правильной постановке портов для лапароскопического инструментария. Проведенный анализ показывает, что навигационная программа на основе данных лучевых методов использования позволяет более удачно установить порты и осуществить эхинококкэктомии из печени в лучшем варианте. Заключение. Навигационные программы при эндоскопических вмешательствах стали широко применяться в клинической практике. Использование их при лапароскопической эхинококкэктомии из печени значительно улучшает результаты лечения.

579. Некоторые аспекты диагностики и лечения хиллярной холангиокарциномы

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Скороваров А.С., Султанова Р.С.

Махачкала

ГБУ РД "Городская клиническая больница №1"

Диагностическая и хирургическая тактика при хиллярной холангиокарциноме ещё до конца не отработана. Пациенты с данной локализацией опухоли поступают в клиники, нередко, в тяжелом состоянии, с синдромом механической желтухи и их во многих случаях рассматривают как срочных пациентов. В большинстве случаев требуется срочная декомпрессия билиарного тракта. В проведении радикального оперативного вмешательства много вопросов, поскольку подавляющее большинство пациентов – это лица пожилого и старческого возраста. Цель исследования. Оценить эффективность лечебно-диагностического алгоритма при хиллярной холангиокарциноме. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 56 пациентов с проксимальной опухолевой обструкцией билиарного тракта. По классификации

Bismuth- Corlett: 1-й тип отмечен у 6 пациентов; 2-й – у 12; 3 «а» - у 7, 3 «б» - у 9, 4 –й – у 22. У всех пациентов имелся СМЖ и в 24 (42,8%) случаях признаки холангита. Для уточнения уровня обструкции БТ и определения масштабов вовлечения в опухолевый процесс структур глиссоновых ворот печени проведены УЗИ, МРТ и МСКТ. Опухолевая инфильтрация ткани печени в области ворот печени имела в 11 (19,6%) наблюдениях. Инвазия сосудистых структур отмечена в 25 (44,6%) наблюдениях. Декомпрессия БТ была произведена в 43 (76,8%) наблюдениях (ЧЧХС). В 26 (60,4%) случаях произведено наружное дренирование БТ, наружно- внутреннее дренирование - в 17 (39,6%). Результаты и обсуждение. Из 56 пациентов, по данным лучевых методов диагностики, условия для выполнения радикальных операций были выявлены у 28 (50,0%) пациентов, а при интраоперационной ревизии условия для выполнения радикальной операции имелись у 26 (46,4%). Резекция желчных протоков в изолированном варианте удалось выполнить в 14 (53,8%) наблюдениях, в 12 (46,2%) случаях резекция желчных протоков сопровождалась щадящей хиатальной резекцией печени. В 90 (53,6%) нерезектабельных случаях пациенты выписаны на амбулаторное лечение. В 5 (16,6%) из них был установлен билиарный стент, а в 13 (43,3%) наблюдениях понадобилось редренирование БТ, в связи с частыми проявлениями холангита. Интраоперационные осложнения среди оперированных пациентов имелись в 6,4% наблюдений, послеоперационные осложнения отмечены в 15,3%, явления холангита – 36,4%, послеоперационная летальность составила 3,9%. Стеноз билиодигестивного анастомоза отмечен в 21,6% случаев. Повторная реконструкция БТ произведена 1 пациенту, в 5 наблюдениях – ЧЧХС. Рецидив заболевания до одного года отмечен у 31,6% пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 14,8%. В настоящее время вопрос выбора объема резекции печени при хиллярной карциноме широко обсуждается. Достаточно много данных, говорящих за хорошие результаты при частичных (щадящих) резекциях печени. Заключение. Хиллярная холангиокарцинома является тяжелым опухолевым поражением гепатопанкреатодуоденальной зоны. Точный диагноз можно установить при комплексном применении лучевых методов диагностики. Во многих случаях пациенты нуждаются в двухэтапном лечении. Выбор объема резекции зависит от опыта оперирующего хирурга и оснащенности клиники.

580. Структурные изменения стенки кишки при злокачественных новообразованиях толстой кишки, осложненных непроходимостью и их значение при проведении эндоскопической реканализации

*Тотилов З.В., Тотилов В.З., Епхиев А.А.,
Кулумбегов Г.Р.*

Владикавказ

СОГМА

Цель: оценить возможность повреждения кишечной стенки с опухолью при проведении эндоскопической реканализации путем стентирования, как этапа лечения обтурационной толстокишечной непроходимости. Материал и методы. Материалом для исследования послужили резецированные фрагменты толстой кишки, удаленные в 26 случаях при операциях по поводу опухолевой кишечной непроходимости. Производилась макроскопическая оценка различных параметров, в том числе толщины стенки кишки в центральной и периферической частях опухоли. Материал фиксировался, из него приготавливались срезы на полуавтоматическом ротационном микротоме, которые в последующем окрашивались гематоксилином и эозином. Часть препаратов окрашивалась по Ван-Гизону, а также иммуногистохимически на наличие ERG (Erythroblast transformation specific related gene) в ткани опухоли с использованием кроличьих моноклональных антител. При микроскопическом исследовании с использованием окулярной измерительной сетки Автандилова оценивалась объемная доля опухолевой, некротической тканей, сохраненных гладкомышечных и фиброзных волокон для участков, взятых из центра и периферии опухоли. Статистическая обработка производилась с использованием пакета программ Statistica 10 и Microsoft Excel 2010. Результаты. Чаще всего опухолевый очаг локализовался в ректосигмоидном отделе (18 случаев). Тип роста – в большинстве случаев – экзофитный (19 сл.), в 7 случаях – экзофитно-инфильтративный. Протяженность опухоли варьировала от 3,9 до 13,0 см. Гистологический тип опухоли чаще всего – умеренно дифференцированная аденокарцинома. Отмечена зависимость между локализацией оцениваемого участка опухоли (центр или периферия) и объемными долями некротизированной и сохранной волокнистой тканей. При протяженности опухоли от 3,9 до 5,5 см

достоверной разницы между объемными долями сохранной ткани в центральных и периферических участках не наблюдалось. При размерах опухоли свыше 5,5 см отмечалась достоверно большая объемная доля некротизированной и опухолевой тканей в центральной части опухоли по сравнению с такими же участками опухолей с меньшей протяженностью. Иммуногистохимическая идентификация ERG показала, что для опухолей протяженностью свыше 5,5 см количество ERG-позитивных клеток в центральных участках снижается с ростом длины опухоли, следовательно, эти участки опухоли с очень большой вероятностью способны подвергнуться некротическому распаду с резким ухудшением прочностных свойств кишечной стенки. Выводы. Макро- и микроскопическая оценка степени выраженности некротических явлений и глубины прорастания опухолью стенки кишки, проведенная в разных участках пораженного сегмента, позволяет сделать вывод, что сохранность структур, обуславливающих прочностные свойства кишки (фиброзных и гладкомышечных волокон), выражена по-разному в зависимости от принадлежности определенного участка опухоли данному фрагменту кишки. От периферии к центру объемная доля участков некроза и собственно опухолевой ткани в стенке кишки увеличивается. С увеличением длины опухолевого участка возрастает размах зоны кишки с высокой объемной долей некротизированных участков. При протяженности пораженной опухолью кишки свыше 5 см высока вероятность развития осложнений в виде кровотечения или прободения стенки при попытке реканализации.

581. Метод профилактики послеоперационных осложнений надпоясничной герниопластики

Хиндикайнен А.Ю., Помазков А.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Несмотря на многообразие хирургических подходов к лечению вентральных грыж и большой выбор пластических материалов, частота развития раневых осложнений в зоне

герниопластики не имеет тенденции к снижению. Наиболее часто встречающимся осложнением сетчатого эндопротезирования является серома, возникающая, по данным различных авторов, у 25 - 81% оперированных больных. Чаще всего клинически значимые серомы наблюдаются после пластики по методике onlay при обширной площади контакта импланта с подкожно-жировой клетчаткой. Однако зачастую при наличии технических трудностей при выделении предбрюшинного пространства применение методики onlay является единственным возможным вариантом пластики. Важнейшим направлением профилактики сером является использование материалов, создающих благоприятные условия для интеграции импланта в ткани организма. Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с вентральными грыжами, оперированными по методике onlay, путем разработки метода профилактики послеоперационных осложнений с использованием полисахаридной системы «PerClot» Материалы и методы. В качестве материала для покрытия импланта использовалась полисахаридная система «PerClot», эффективность которой, заключающаяся в снижении лимфорее и экссудации, уменьшении частоты образования сером и ускорении биоинтеграции импланта, доказана нами ранее в эксперименте на лабораторных животных. В основной группе пациентов (n = 18) выполнялось оперативное вмешательство: после выделения грыжевого мешка оценивалось состояние грыжевых ворот и техническая возможность выделения предбрюшинного пространства. При отсутствии таковой производилась пластика onlay: выделение краев апоневроза, их сведение и сшивание край-в-край, фиксация сетчатого импланта «PROLENE» поверх апоневроза. После осушения раневой поверхности имплант равномерно покрывали порошком «PerClot», выдерживая толщину слоя 2-3 мм, после чего нанесенный слой порошка орошали физиологическим раствором до образования на поверхности сетки гелеобразного покрытия. Подкожную жировую клетчатку дренировали по Редону. В контрольной группе (n = 29) оперативное вмешательство выполняли без применения «PerClot». В послеоперационном периоде производился контроль количества и характера раневого отделяемого. Ультразвуковое исследование передней брюшной стенки выполняли на 7-е и 14-е сутки после операции. Результаты. В основной группе пациентов на 2-е сутки после герниопластики отмечалось уменьшение количества раневого отделяемого до $21,6 \pm 4,3$ мл, что позволило в более ранние сроки

удалить дренаж. В контрольной группе на 2-е сутки количество раневого отделяемого составило $52,2 \pm 6,4$ мл и сохранялось в значимых пределах вплоть до 5-х суток ($22,4 \pm 4,1$ мл), когда дренаж был удален. При УЗИ-контроле зоны импланта на 7-е сутки у 3 пациентов основной группы (16,6%) и 14 пациентов контрольной группы (48,3%) определялись наднапоневротические скопления жидкости (серомы), объемом до 30-40 мл, потребовавшие выполнения пункций. У остальных пациентов количество отделяемого в перипротезной зоне было незначительным и не требовало активного вмешательства. На 14-е сутки серомы сохранялись у 2 пациентов основной группы (11,1%) и 10 пациентов контрольной группы (34,5%). Средние сроки пребывания в клинике пациентов основной группы составили $11 \pm 1,46$ суток, пациентов контрольной группы - $19 \pm 1,78$ суток. Выводы. Применение разработанной методики позволило уменьшить количество раневого отделяемого у пациентов основной группы, что привело к снижению сроков дренирования перипротезной зоны, уменьшению частоты образования сером и сокращению послеоперационного койко-дня. Проведенное клиническое исследование позволяет рекомендовать применение полисахаридной системы «PerClot» с целью снижения частоты послеоперационных раневых осложнений герниопластики по методике onlay.

582. Показания к проведению энтерального питания у больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде

*Пугаев А.В. (1), Алекперов С.Ф. (2),
Посудневский В.И. (1), Александров Л.В. (1,2),
Калачёв С.В. (1,2), Калачёв О.А. (1,2)*

Москва

Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова

Доказано, что до 47% больных с острыми хирургическими заболеваниями поступают с нарушениями трофического статуса, что увеличивает риск развития осложнений в 6 раз и

летальность в 11 раз. В течение года наблюдали 468 больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью (ООН). Диагноз устанавливали на основании объективных данных и дополнительных методов (рентгенография и УЗИ брюшной полости). При толстокишечной непроходимости выполняли колоноскопию и КТ. Острая тонкокишечная спаечная непроходимость по обтурационному типу (ОТКСН) выявлена у 307 в возрасте от 23 до 75 лет, а рак вызвал обтурационную толстокишечную непроходимость (ОТКН) у 161 пациента в возрасте от 46 до 82 лет. Из 307 больных с ОТКСН были оперированы 83 (27%), а из 161 пациента с ОТКН были оперированы 136 (84,5%). Компенсированную ОТКСН диагностировали у 19, суб- у 58, а декомпенсированную у 6 больных. У больных при ОТКН компенсированная была выявлена у 12 пациентов, суб- у 98, а декомпенсированная – у 26. Компенсированную ОТКСН у 19 больных разрешали лапароскопически, с конверсией доступа у 1 пациентки в связи с тяжестью спаечного процесса, а остальные пациенты были оперированы через срединный доступ. У 15 больных с ОТКН компенсированную (8), суб- (6) и декомпенсированную (1) разрешали стентированием. Устранение ОТКН пациентам с суб- (36) и декомпенсацией (25) проводили путём колостомии через мини-доступ (61), а остальным (60) были выполнены операции типа Гартмана. Разрешение ОТКСН путём лапаротомии сопровождалось признаками энтеральной недостаточности (гастростаз, пневматизация кишечника на фоне гиподинамии с нарушением отхождения стула и газов) обусловленной морфо-функциональными изменениями вследствие вызванными исходной кишечной непроходимостью и травмированием кишечника при проведении его декомпрессии, что не позволяло проводить энтеральное питание до восстановления моторной и всасывательной функции. Лапароскопический адгезиолизис с разрешением компенсированной ОТКСН способствовал сокращению сроков динамической кишечной непроходимости (ДКН) и позволял проводить раннее энтеральное питание или сипинг уже со 2-3 суток после операции. У 2 больных после стентирования опухолевого стеноза с суб- и декомпенсированной ОТКН при проведении сипинга через сутки после разрешения кишечного стаза на фоне его прогрессирования развились диастатические разрывы кишки, что потребовало выполнения субтотальной колэктомии с илеостомией. Стентирование у больных с компенсированной ОТКН способствовало разрешению кишечного стаза и применению

раннего сипинга. Колостомия через мини-доступ сопровождалась разрешением ОТКН у всех больных по диарейному типу с применением раннего сбалансированного питания. Операции типа Гартмана в послеоперационном периоде сопровождалась ДКН и не позволяли проводить ранее энтеральное питание. Проведение раннего энтерального питания сопровождалось прогрессированием ДКН. Из 83 оперированных по поводу ОТКСН умерли 2 (2,4%), а после лапароскопического вмешательства умерших не было. Из 15 больных со стентированием при ОТКН умер 1 больной (6,6%), а после операций типа Гартмана - 8 из 60 (13,3%). После колостомий из мини-доступа умерших не было. Таким образом, открытые операции сопровождаются функциональной кишечной недостаточностью по типу кишечного стаза и не позволяют проводить раннее энтеральное питание. Эндоскопическое разрешение компенсированной ОТКСН сокращает сроки послеоперационного кишечного стаза и позволяет проводить раннее энтеральное питание. Стентирование толстой кишки сопровождается эффективным разрешением компенсированной ОТКН, а колостомия из мини-доступа является оптимальным способом разрешения как суб-, так и декомпенсированной ОТКН. Операции типа Гартмана в послеоперационном периоде протекают с длительной ДКН и сопровождаются наибольшей летальностью 13,3%.

583. Несостоятельность линии механического шва после СЛИВ-резекции желудка у пациентов с морбидным ожирением

Стебунов С.С., Глинник А.А., Богушевич О.С., Руммо О.О., Минов А.Ф., Авлас С.Д.

Минск

УЗ "9-я городская клиническая больница"

По данным IFSO за последние 15 лет в большинстве стран мира наблюдается устойчивая тенденция к росту распространенности ожирения. В Республике Беларусь ожирением страдает до 20% мужчин и до 25% женщин. Общая частота осложнений после sleeve-резекции желудка по оценкам разных авторов достигает 13%, несостоятельность линии

механического шва при этом наблюдается в среднем в 2.2% случаев (до 16%). В 75-89% случаев несостоятельность развивается в проксимальной трети линии шва вблизи угла Гиса. В настоящее время причины развития несостоятельности линии шва исследованы не полностью. ИМТ более 60 кг\м² считается одним из факторов риска несостоятельности. Некоторые авторы указывают на ишемические и механические причины возникновения данного осложнения, а также влияние повышенного давления в просвете желудка вследствие сохранения пилоруса. В этом плане случаи оставления менее 2 см желудка от привратника также считается фактором риска. Нами изучены ближайшие и отдаленные результаты 112 рукавных резекций желудка. Предложен алгоритм диагностики и лечения несостоятельности линии механического шва. Средний возраст составил 37+10 лет. Средний ИМТ составил 40,1+7.4. Средняя длительность операции составила 150+44 минут (от 35 до 280 мин). По мере увеличения количества операций и опыта их выполнения отмечалось уменьшение длительности вмешательства (с 140 до 68 минут). Средняя длительность госпитализации составила 6.4+4.5 дня. Все пациенты были разделены на две группы: первые 20 операций в виде сплошной выборки произведены без дополнительного укрепления линии механического шва, все последующие – с ушиванием линии механического шва ручным непрерывным швом по всей линии резекции. Несостоятельность шва после рукавной резекции желудка наблюдалась в 2 случаях первой группы (10%) и 3 случаях второй группы (2,7%), всего в 5 случаях - 4.4%). В первой группе оба случая несостоятельности случились на 2 сутки после операции (ранняя несостоятельность), причем один случай после первичной резекции, второй – ревизионной операции после нерегулируемого бандажа. В первом случае выполнена релапароскопия с ушиванием несостоятельности ручным швом. Во втором случае релапароскопия была неэффективна и пациентке далее была произведена лапаротомия и гастрэктомия. Во второй группе ранняя несостоятельность наблюдалась у одного пациента (от 1 до 4 дней) на 2 сутки, поздняя (10 дней и более) у 1 пациента на 13 сутки (ревизионная операция после регулируемого бандажирования желудка) и промежуточная (от 5 до 9 дней) - в одном случае на 7 сутки. При ранней несостоятельности выполнялась релапароскопия с ушиванием дефекта, при промежуточной и поздней – стентирование желудка покрытым стентом. Все пациенты выздоровели. При контрольном исследовании нарушения целостности ЖКТ

выявлено не было. Летальности после рукавной резекции желудка мы не имели. Полученные в нашей клинике показатели частоты несостоятельности линии механического шва после рукавной резекции желудка соответствуют среднему уровню. Клиническое наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде позволяет заподозрить несостоятельность, так как одним из ранних признаков является абдоминальная боль с иррадиацией в левое надплечье, тахикардия и повышение температуры тела. Диагностический алгоритм включает рутинное выполнение рентгеноскопии желудка с пероральным контрастированием на 2-3 сутки после операции, КТ при наличии клинических подозрений на несостоятельность. В связи с малым количеством пациентов в группах, сделать вывод о достоверной зависимости несостоятельности от укрепления линии шва не представляется возможным. Возраст пациентов не является фактором риска развития несостоятельности линии механического шва, так как по нашим данным может наблюдаться в разных возрастных группах. При развитии такого осложнения подход к диагностике и лечению должен быть индивидуальным в зависимости от характера сопутствующей патологии, особенностей течения заболевания и времени развития осложнения.

584. Местная оксигенотерапия в комплексе лечения нагноившихся послеоперационных ран.

*Мехтiev Н.М. (1), Тимербулатов М.В. (1),
Субхангулов З.М. (1), Хафизов Р.М. (2),
Кулушев А.С. (2), Абдуллин А.И. (2),
Грушевская Е.К. (1), Булгакова К.Р. (1).*

Уфа

1) БГМУ; 2) ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа.

Актуальность. Гнойно-воспалительные осложнения послеоперационных ран в зависимости от вида перенесенного оперативного вмешательства встречаются в 5-75% всех случаев. Цель. Изучить отдельные моменты патогенеза в первые сутки раневого процесса, установить уровень парциального давления кислорода (PO₂), провести цитоморфологическое, цитохимическое

(определить уровень гликогена и лизосомально-катионных белков в нейтрофильных лейкоцитах в материалах из ран больных), микробиологическое (определить вид возбудителя, титр обсемененности) исследования. На основании анализа результатов исследований разработать комплекс лечебных мероприятий для лечения нагноившихся послеоперационных ран. Материал и методы. Нами пролечено 78 больных с нагноениями послеоперационных ран на всем протяжении. При этом 43-м больным проводился разработанный нами местный комплекс лечебных мероприятий, включающий раскрытие ран, удаление нежизнеспособных тканей, тампонирование ран стерильными полосками пенополиуретана, пропитанными растворами 40% глюкозы, 5% раствором аскорбиновой кислоты; во время перевязок больным проводили сеансы местной оксигенотерапии с помощью предложенного нами устройства. В контрольную группу вошли 35 больных, которым проводили традиционное лечение. Критерии эффективности определяли по результатам цитоморфологических, микробиологических, цитохимических (уровни гликогена и лизосомально-катионных белков в полиморфно-ядерных лейкоцитах), физических (РО2 у краев раны) исследований, сроков появления грануляций и очищения раны. Полученные результаты и их обсуждение. Полученные результаты в первые сутки раневого процесса в тканях раны показали наличие гипоксии, энергетического дефицита в клетках раны, за счет чего была резко снижена фагоцитарная активность полиморфно-ядерных лейкоцитов. Сравнительный анализ полученных результатов в обеих группах показал, что у больных основной группы гипоксия устранялась на 5-7 сутки, в 2 раза быстрее восстанавливался энергетический дефицит, повышалась фагоцитарная активность полиморфно-ядерных лейкоцитов. Результаты микробиологических исследований показали, что у больных основной группы на 3-5 сутки посевы были стерильны, а у больных контрольной группы все еще высевались патогенные микроорганизмы с высоким титром обсемененности. На 4-5 сутки больным основной группы на рану под внутривенным обезболиванием накладывался предложенный нами съемный шов. Данный шов позволяет фиксировать между собой одноименные слои раны, при этом швы снимались на 10-14 сутки. Повторных нагноений не отмечалось. Выводы. Предложенный комплекс лечебных мероприятий позволяет в ранние сроки раневого процесса устранить микробную загрязненность, гипоксию, восстановить нарушенную микроциркуляцию,

сократить сроки очищения ран, а предложенный нами съемный шов фиксирует одноименные слои раны. Это позволяет сократить сроки лечения, а в отдаленном послеоперационном периоде снизить количество послеоперационных вентральных грыж с 25 до 5,2 %.

585. Способы профилактики нагноения послеоперационных ран.

Мехтиева Н.М. (1), Тимербулатов М.В. (1), Субхангулов З.М. (1), Хафизов Р.М. (2), Фатхуллин А.С. (2), Зиганшин И.М. (2), Грушевская Е.К. (1), Хазиев А.В. (1).

Уфа.

1) БГМУ; 2) ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа.

Актуальность. Хирургическая инфекция в зависимости от своего вида осложняет течение послеоперационного раневого процесса в 2-74% случаев. Чтобы стандартизировать риск послеоперационных инфекционных осложнений и обеспечить возможность сравнения результатов различных исследований, выделяют 4 типа хирургических вмешательств («чистые», «условно-чистые», «загрязненные» и «грязные»). Существующие способы профилактики нагноения послеоперационных ран в большинстве своем не учитывают имеющиеся в конце операции (непосредственно перед ушиванием) изменения в области послеоперационной раны. Материал и методы. В связи с этим с целью определения частоты нагноений нами были изучены 1300 историй болезни в отделениях хирургического профиля. При этом наблюдалась следующая структура: 315 больным были проведены «чистые» операции, при этом нагноения послеоперационной раны были выявлены у 5 человек (4,8%), 325 больным – «условно-чистые» - нагноения у 30 человек (9,2%), 321 больным – «загрязненные» - нагноения у 81 человека (25,2%), 339 больным – «грязные» операции – нагноения у 128 больных (37,8%). С целью определения уровня микробной загрязненности из 1300 случаев у 251 пациента в конце операции был произведен забор раневого материала для определения вида микробной инвазии, титра обсемененности. У 26 из 32 больных,

которым была произведена «чистая» операция, посевы были положительными, отмечалась более вирулентная микрофлора, а у больных, которым были произведены «грязные» операции, высевалась в основном вирулентная микрофлора. С целью определения потенциальной возможности клеток раны (процессов митоза, фагоцитоза, трансформации из одной формы в другую, регенерации) в тканях раны определяли парциальное давление кислорода (PO₂), уровни гликогена и катионных белков в клетках раны. В конце операции (перед ушиванием раневого дефекта) в нейтрофильных лейкоцитах в области раны определяется энергетический дефицит (90,1±0,2 при K=1,8±0,2), что приводит к снижению их фагоцитарной активности, о чем свидетельствует низкий уровень лизосомально-катионных белков (89,7±2 при СЦК=1,7±0,1). Уровень парциального давления кислорода в области краев раны после ушивания (PO₂=10,31±0,25 мм.рт.ст.) свидетельствует о наличии глубокой гипоксии в тканях раны. На основании полученных результатов нами были предложены 2 способа профилактики нагноения послеоперационных ран. Первый способ был применен у 27 больных, перенесших «чистые» и «условно-чистые» оперативные вмешательства, с целью профилактики нагноения послеоперационных ран. При этом конце операции раны тампонируются стерильной полоской пенополиуретана, пропитанной 40% раствором глюкозы и 5% раствором аскорбиновой кислоты; полоски удаляются через 6 часов после тампонирувания, рана обрабатывалась 5% раствором аскорбиновой кислоты, после чего швы закрывались окончательно. Второй способ – способ внутритканевой оксигенотерапии - был применен у 27 больных, перенесших «загрязненные» и «грязные» оперативные вмешательства, с целью профилактики нагноения послеоперационных ран. При этом контрольную группу составили 25 больных, при лечении которых применялась традиционная методика. Полученные результаты и их обсуждение. При использовании первого способа профилактики нагноения послеоперационных ран в основной группе пациентов нагноение возникло у 1 больного (0,37%), у 4 больных образовался инфильтрат (1,4%). В контрольной группе нагноение наступило у 3 больных (12%). Сроки лечения сократились с 10,7±0,19 до 6,3±0,15 дней. При использовании второго способа нагноение послеоперационной раны среди больных основной группы наступило у 2 пациентов (7,4%), тогда как в контрольной группе – у 4 больных (16%). Сравнительный анализ полученных результатов свидетельствует о том, что

восстановление микроциркуляции в первые сутки послеоперационного периода и устранение раневого детрита позволяют снизить частоту нагноения ран. Выводы. Предложенные нами способы профилактики нагноения послеоперационных ран, примененные в первые сутки послеоперационного периода, позволяют устранить гипоксию, энергетический дефицит, удалить раневой детрит, что способствует снижению частоты гнойно-воспалительных осложнений и сократить сроки лечения.

586. Ахалазия кардии 4 ст: выбор метода лечения

*Израилов Р.Е., Васнев О.С., Шишин К.В.,
Домрачев С.А., Кошкин М.А., Казакова С.В.,
Белюсов А.М.*

Москва

Московский клинический научный центр (МКНЦ)

До настоящего времени эзофагэктомия являлась предпочтительным объемом операции при лечении пациентов с ахалазией кардии 4 ст. (по Петровскому Б.В.). Внедрение миниинвазивных технологий, таких как лапароскопическая операция Геллера, пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) позволило выразить гипотезу, что эти вмешательства могут быть приоритетными в лечении пациентов с ахалазией кардии 4 ст. Цель: Представить опыт лечения больных с ахалазией кардии 4 степени. Материалы и методы: в период с 07.2013 по 12.2017 в Московском клиническом научном центре было пролечено 12 пациентов с ахалазией кардии 4 ст. Из них мужчин - 2 (18%), женщин - 10 (82%). Средний возраст больных 54 (от 26 до 81). Результаты: У 6 пациентов выполнялись пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ), у 2 лапароскопическая кардиомиотомия и у 4 – тораколапароскопическая эзофагэктомия, в связи с неэффективностью ранее проведенных кардиомиотомии в других клиниках. При эзофагэктомии для восстановления непрерывности пищеварительной трубки была использована изоперистальтическая желудочная трубка. Среднее время операции при ПОЭМ - 90,0 мин, при лапароскопической кардиомиотомии – 172,5 мин, при тораколапароскопической эзофагэктомии –

422,5 мин. Кровопотеря во всех случаях была минимальной. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила: в группе больных, которым выполнялась ПОЭМ - 2 койко-дня, лапароскопическая кардиомиотомия – 4 койко-дня, тораколапароскопическая эзофагэктомия – 11 койко-дней. Дисфагия в послеоперационном периоде у больных, которым выполнялись лапароскопическая кардиомиотомия и ПОЭМ, оценивалась по шкале Eckardt - 0. Вывод: При лечении ахалазии кардии 4 ст первоначально выполнять миниинвазивные операции малых объемов, такие как лапароскопическая кардиомиотомия и пероральная эндоскопическая миотомия. При неэффективности данных операций, выполнение эзофагэктомии.

587. Выбор варианта дренирования желчевыводящих путей у больных механической желтухой опухолевого генеза

Ромашенко П.Н.(1), Прядко А.С.(2), Кузнецов А.И.(2)

Санкт-Петербург

- 1.ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
- 2.ГБУЗ «Ленинградская Областная Клиническая Больница»

Актуальность. Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) органов билиопанкреатодуоденальной зоны остается на высоком уровне с локализацией опухоли у 90% больных в головке поджелудочной железы (ПЖ), большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК) или общем желчном протоке, которые приводят к дистальному блоку желчевыводящих протоков (ЖВП) и развитию механической желтухи (МЖ). Принимая во внимание, что операбельность ЗНО данных локализаций не превышает 15-17% значительный интерес представляет определение миниинвазивного метода желчеотведения. Цель: определить рациональный вариант декомпрессии ЖВП у больных МЖ опухолевого генеза. Материалы и методы. Изучены результаты обследования и хирургического лечения 281 больного МЖ

опухолевого генеза в период с 2011 по 2017 гг. Большинство больных принадлежали к старшей и старческой возрастным группам: 70 % и 6,8 % соответственно. Учитывали тяжесть состояния больных по шкале ASA, тяжесть МЖ по классификации Э.И. Гальперина, анатомический уровень блока внепеченочных ЖВП по данным УЗИ, МРХПГ и ЭРХПГ, стадию онкологического процесса по TNM. Результаты. По шкале ASA состояние больных оценивалось как I-II балла – 25,3%, III – 44,5%, IV – 29,5%. Согласно классификации тяжести механической желтухи Э.И. Гальперина, больные распределились следующим образом: класс А у 15 больных, класс В – у 121 и класс С – у 145. Установлено, что основными причинами МЖ у данной категории пациентов являлись рак головки ПЖ (59,1%), рак холедоха (11%), рак БСДК (9,6%), рак внепеченочных желчных протоков, в т.ч. опухоль Клацкина (9,6%), рак желчного пузыря (2,5%), метастатическое поражение печени и лимфатических узлов гепатодуоденальной связки 8,2%. Для удобства понимания уровня анатомического блока ЖВП применяли следующую градацию опухолевого поражения: уровень I – опухоль головки ПЖ, опухоль холедоха (интрапанкреатическая часть), опухоль БСДК (n=195); уровень II – опухоль холедоха (супрадуоденальная часть), опухоль желчного пузыря, опухоль Клацкина (Bismuth-Corlette I), метастатическое поражение лимфатических узлов гепатодуоденальной связки (n=58); уровень III – опухоль Клацкина (Bismuth-Corlette II, IIIa, IIIb, IV), метастатическое поражение печени (n=28). Анализ результатов лечения позволил выделить основные способы дренирования ЖВП при МЖ опухолевого генеза: холецистостомия (ХС) выполнена 18,1% больным, чрескожно-чреспеченочное дренирование (ЧЧД) ? 14,6%, эндоскопическое стентирование (ЭС) – 48,4%, совмещение двух разных способов дренирования осуществлено ? 13,2%. Установлено, что ЭС было успешным при I уровне блока ЖВП у 92,8 % больных, на II уровне – у 90,5%, а при блоке ЖВП на III уровне – у 70,6%. ЧЧД при блоке ЖВП на I уровне было эффективной у 90,3%, на II уровне – у 100 %, на III уровне – у 100%. ХС была эффективна только при блоке на I уровне блока ЖВП – у 92% больных. Осложнения после дренирования ЖВП развились у 13% больных. Основным осложнением после ЭС был холангит, а после ЧЧД - желчеистечение в брюшную полость. Заключение. Учет уровня блока ЖВП и стадии онкологического процесса, тяжести состояния пациента по ASA и выраженности МЖ позволяют в совокупности обосновать выбор рационального варианта хирургического вмешательства. Алгоритм

лечебной программы целесообразно начинать с эндоскопического исследования области БСДК, которое может переходить в лечебную процедуру с ЭРХПГ, ЭПСТ со стентированием, при неэффективности – ЧЧД. При разрешении МЖ на уровне общего желчного и общего печеночного протоков (уровень блока ЖВП I и II) ЭС является достаточно успешным вмешательством при минимальном количестве осложнений, при блоке на уровне долевого протока (уровень III) операцией выбора является ЧЧД. Применение сочетанных ante- и ретроградных вариантов декомпрессии ЖВП должны аргументироваться строго индивидуально. ХС целесообразна при блоке холедоха ниже уровня впадения пузырного протока только при отсутствии технической возможности применения малоинвазивных методов декомпрессии ЖВП.

588. Холецистэктомия и функция сфинктера Одди

*Хоконов А.М.(1), Хоконов М.А.(1),
Силина Е.В.(2), Ступин В.А.(1)*

Москва

1 - РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
2 - Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Распространенным методом лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) является холецистэктомия (ХЭ), изредка сопровождающаяся постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). Причины ПХЭС многочисленны. Одна из них дисфункция сфинктера Одди (СО). Цель: определить возможные пути улучшения результатов лечения перенесших ХЭ пациентов на основании изучения влияния операции на функцию СО. Материал и методы. Исследованы 190 пациентов с ЖКБ и ПХЭС в возрасте 20-86 лет, в т.ч. 32 мужчин (59,4±14,3 лет) и 158 женщин (61,5±13,4 лет). В группу контроля вошли 20 человек без патологии органов брюшной полости. У 119 диагностирована ЖКБ (у 76 хронический калькулезный холецистит (ХКХ), 43 – острый калькулезный холецистит (ОКХ)). 71 пациент перенес в анамнезе ХЭ по поводу ЖКБ (группа ПХЭС) 2-45 лет назад. Пациенты с ПХЭС имели характерный болевой синдром. Лапароскопическая ХЭ выполнена в 64,2% случаев, открытая ХЭ – 17,4%. Пункцией желчного пузыря ограничились у 18,6%

пациентов с ОКХ и 10,5% с ХКХ. 19 пациентов с ЖКБ от операции отказались. Пациенты были разделены на оперированных (n=155; 81,6%), включая 84 пациента с ЖКБ (70,6%) и 71 (100%) с ПХЭС и неоперированных (35 б-х с ЖКБ, включая пункцию ЖП). Оценку состояния пациентов с ПХЭС проводили на госпитальном этапе, с ЖКБ — при госпитализации, выписке и через год, на основе комплексного обследования, включающего УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с одновременной манометрией и оценкой функционального состояния сфинктера Одди (аппарат Гастроскан (НПО «Исток-система», Россия). Измеряли давление в холедохе, СО и двенадцатиперстной кишке (ДПК), а также амплитуду сокращений в этих отделах по водно-перфузионной технологии. Результаты. Полиморфизм клинической картины ПХЭС представлен постоянным болевым синдромом (56,3%) и периодической болью (43,7%) в сочетании с диспепсическими явлениями и моторно-эвакуаторными нарушениями: ощущением тяжести (40,9%), тошнотой (39,5%), рвотой (8,5%), изжогой (26,7%), сухостью/горечью во рту (25,3%), метеоризмом (22,5%), отрыжкой (19,7%), диареей (21,1%), запорами (9,9%). Клинические симптомы в 1,2-2,3 раза чаще встречались в отдаленном периоде (>10 лет после ХЭ) вне зависимости от метода операции. Через год при ЖКБ клинические проявления расстройств наблюдались у 18,5% б-х, чаще у неоперированных (57,9%) и после пункции желчного пузыря (43,8%). ПХЭС через год после операции развилась в 4,8% случаев. Органическая и функциональная патология ЖКТ встречалась у 77,5% пациентов с ПХЭС: рецидивирующий панкреатит (29,6%), папиллит (19,7%), антральный рефлюкс-гастрит (14,1%), парафатеральный дивертикул (8,5%), холедохолитиаз (7,0%), желчный энтероколит (7,0%), стеноз/полип большого дуоденального сосочка (8,4%), цирроз печени (1,4%), рак желудка/ печени/ ободочной кишки (4,2%). Через год после операции распространенность патологии ЖКТ составляет 22,6%, через 2-10 – 68,7%, 11-45 лет – 84,6%. При ПХЭС среднее давление в холедохе в 1,24 раза выше нормы, в СО в 1,71 раза при стабильных амплитудах и отсутствии различий при билиарном и панкреатическом типе дисфункции СО. При ЖКБ повышено давление в холедохе в 2,13 раза, в СО в 1,63 раза и в ДПК в 2,90 раза от нормы, амплитуда сокращений СО - в 1,21 раза. Функциональные расстройства СО при ПХЭС, проявляющиеся повышением давления в СО, холедохе, ДПК и повышением амплитуды сокращения СО, сопровождаются пролонгированным болевым синдромом. Периодическая боль при ПХЭС не

сопровождалась изменением давления. Давление и амплитуда сокращений СО, холедоха и ДПК компенсаторно увеличивались через год после ХЭ, сохраняясь стабильно в течении 10 лет. После ХЭ декомпенсировалась адаптивная функция СО, нарастала его дисфункция и гипотензия, коррелируя с развитием патологии ЖКТ в отдаленном периоде.

589. Снижение риска кардиальных осложнений при восстановлении магистрального артериального кровотока нижних конечностей.

*Образцов А.В., Пинчук О.В., Яменсков В.В.,
Крыжов С.Н., Раков А.А., Абросимов А.А.,
Тихонов П.А., Ушаков С.А..*

Красногорск

ФГБУ 3 ЦВКГ им.А.А.Вишневого МО РФ

Актуальность: последнее десятилетие проходит под знаменем профилактики сердечно-сосудистых осложнений в хирургии. Согласно статистике ВОЗ каждый пятый летальный исход связан с осложнениями сердечно-сосудистых заболеваний. Тем интереснее минимизация хирургического травматизма и уменьшение длительности анестезиологического пособия у больных с выраженной сердечно-сосудистой недостаточностью. Материалы и методы: в период 2012-2017 гг. в Центре сосудистой хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого выполнено 150 операций с использованием рентгенэндоваскулярной ангиопластики. У 24 (16,1%) больных выполнено одномоментное восстановление кровотока по двум артериальным сегментам, сочетанием открытой реваскуляризирующей операции и рентгенэндоваскулярной ангиопластики. Самостоятельная рентгенэндоваскулярная ангиопластика была выполнена 126 больным. У всех больных был диагностирован распространенный атеросклероз аорты и ее ветвей. Исходная степень хронической ишемии оценивалась по классификации Покровского-Фонтейна: у 15 (62,5%) больных - IIб ст, у 4 (16,6%) - III ст, у 3 (12,5%) пациентов - IV ст. Острая ишемия была выявлена у троих пациентов и соответствовала 2а степени. Средний возраст пациентов составил 64,2±4,6 год. Рентгенэндоваскулярная ангиопластика аорто-

бедренного сегмента в сочетании с открытой пластикой глубокой артерии бедра у 13 (54,1%) пациентов, рентгенэндоваскулярная ангиопластика общей подвздошной и подколенной артерии в сочетании с пластикой глубокой артерии бедра и общей бедренной артерии была выполнена 7 (29,2%) больным. Рентгенэндоваскулярная ангиопластика аорто-бедренного сегмента в сочетании с бедренно-подколенным шунтированием у 5 (20,8%) пациентов. У одного пациента было выполнено рентгенэндоваскулярное стентирование общей сонной артерии в сочетании с каротидной эндартерэктомией. Полученные результаты: Летальных исходов не было. Были выполнены две малые ампутации, больших ампутаций конечностей не потребовалось. Повторные реконструктивные вмешательства были выполнены у 2 (8,3%) больных, что было связано с прогрессированием основного заболевания. В послеоперационном периоде у 2 (8,3%) больных была отмечена лимфоррея. Осложнений связанных с техникой оперативного вмешательства не было. У одного пациента после операции развилась тромбоэмболия легочной артерии, потребовавшая имплантации кава-фильтра. У двоих больных выявлено ухудшение кровоснабжения стенки миокарда купированное медикаментозно. Выводы и рекомендации: комбинированное применение открытых реваскуляризирующих операций и рентгенэндоваскулярных технологий, позволяет добиваться значимого регресса ишемии нижних конечностей и расширения показаний к оперативному лечению у больных пожилого возраста и скомпроментированным коронарным статусом.

590. Результаты применения шва Bergi на эпигастральный доступ при ЛХЭ

*Баранов Г.А. (1,2), Налётов В.В. (1),
Аксёнова С.Ю. (1).*

Москва

- 1) ГБУЗ "ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ"
- 2) МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Выбор доступа для извлечения удаляемого органа при лапароскопических операциях является прерогативой оперирующего хирурга. Он должен учитывать соразмерность операционного доступа с удаляемым препаратом, удобство "прогрессивного расширения" раны и оптимальный способ ушивания. Известны наиболее частые ранние раневые осложнения - инфильтраты, серомы, нагноения. Для минимизации риска их возникновения следует оценивать особенности крово- и лимфотока в зоне доступа, иннервацию и толщину брюшной стенки в выбранной анатомической зоне. Проведено сравнение эпигастрального и параумбиликального доступов для извлечения желчного пузыря при стандартном ушивании раны (иглодержатель) и с применением иглы Bergi. Время ушивания раны по Bergi не превышало 3-х минут. Ранорасширитель не требовался ни в одном случае. Эффект "разминания" тканей инструментами отсутствовал. Захват в шов брюшины был всегда. Герметизация раны обеспечивалась полностью. Сравнивали 2 группы пациентов по 90 наблюдений в каждой. Извлечение органа всегда производили в латексном контейнере. Инфильтратов, сером и нагноений при шве по Bergi в эпигастральном доступе было 4 (4,4%), в параумбиликальном при традиционном ушивании - 11 (12,2%). Важным являлось то, что в эпигастрии лимфатическая сосудистая сеть менее развита, чем в параумбиликальной области (Ярема И.В. с соавт., 2010), а вертикальный разрез по белой линии в меньшей степени нарушает лимфоотток. Практика показала, что эпигастральный доступ удобен для извлечения желчного пузыря у всех пациентов, в том числе с избыточной массой тела. Шов иглой Bergi обеспечивает минимум травматизации и хорошую адаптацию краёв раны. Для облегчения манипуляции перед завязыванием шва (швов) желательно уменьшить внутрибрюшное давление до минимума. Использование данной технологии привело к уменьшению в группе сравнения воспалительных раневых осложнений в

2,8 раза. Технических затруднений при применении иглы Bergi не было.

591. Отдаленные результаты выполнения TIPS с использованием стент-графтов

*Затевахин И.И. (1), Цицашвили М.Ш. (1),
Шиповский В.Н. (1), Монахов Д.В. (1,2),
Азимов С.А. (1), Челябин А.С. (1)*

Москва

1. ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова 2. Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева

Актуальность Улучшение результатов лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии связано с применением комплексного подхода, требующего тесного взаимодействия специалистов из разных областей медицины- гепатологов, хирургов и трансплантологов. В решении проблемы кровотечений портального генеза и резистентного асцита все большее значение приобретают эндоваскулярные методики, одной из которых является трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS). Цель исследования Оценить отдаленные результаты применения стент-графтов при операции TIPS у пациентов с осложнениями портальной гипертензии. Материалы и методы. В исследование включено 58 пациентов с печеночной формой портальной гипертензии. Структура группы больных (n- 58) была следующая: 14 пациентов с резистентным асцитом, 38 с кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка и 6 пациентов с сочетанием вышеуказанных осложнений. При этом у 8 больных в качестве экстренного гемостаза было выполнено эндоскопическое лигирование вен пищевода, а 7- ми пациентам установлен зонд-обтуратор. После стабилизации состояния и оценки класса цирроза печени по Чайлду (класс В у 39 пациентов, класс С у 19) и шкале MELD была выполнена эндоваскулярная операция портосистемного шунтирования- TIPS. Использовались следующие стент-графты Viatorr, Wallgraft, Hanarostent и Nemobahn. После операции TIPS все пациенты повторно госпитализировались в клинику

для проведения гепатотропной терапии, дообследования и выполнения (по показаниям) эндоскопического лигирования через каждые 3 или 6 мес в зависимости от выраженности осложнений портальной гипертензии. У 54 пациентов срок наблюдения 5 лет, у 4-х - срок наблюдения более 10-ти лет. Так же после выписки из клиники все пациенты направлялись к трансплантологу для определения показаний/противопоказаний к трансплантации печени. Результаты В течение 5 лет после операции TIPS были получены следующие результаты. У 5-ти пациентов диагностировали тромбоз внутривенного стента, который у 3-х пациентов привел к возникновению кровотечения из ВРВП, у одного к увеличению асцита, один тромбоз TIPS протекал бессимптомно; увеличение степени ПЭ зафиксировано у 5. Умерло в группе 17 пациентов (29,3%). Тромбоз и миграция стента потребовали необходимость проведения повторных вмешательств после TIPS, которые включали: баллонную дилатацию стеноза, стентирование «стент-в-стент» (n-1), параллельный TIPS (n-3) и Y-образный (n-1). Семи пациентам после стентирования стент-графтом выполнена трансплантация печени **Выводы:** 1. Оптимальной операцией порто-системного шунтирования у пациентов с циррозом печени класса В и С по Чайлду является TIPS 2. Применение стент-графтов при TIPS позволило снизить частоту рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, а так же уменьшить частоту тромбозов внутривенного стента. 3. Методики реинтервенции после TIPS увеличивают вторичную проходимость стента и, следовательно, уменьшают риск рецидивов осложнений портальной гипертензии 4. Дальнейшее улучшение результатов лечения данной группы пациентов, на наш взгляд, связано с более широким распространением трансплантации печени в РФ.

592.Травма желчевыводящих протоков и систематизированный подход к их устранению

Ромашенко П.Н. (1), Прядко А.С. (1,2), Алиев А.К. (1).

Санкт-Петербург

1) Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург; 2) ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

Актуальность. Повсеместное внедрение малоинвазивных методик в хирургическом лечении больных желчнокаменной болезнью, привело к увеличению ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ПЖП) в 3 раза и более. Так по данным литературы частота ПЖП при лапароскопической холецистэктомии (ХЭ) достигает 3,5%. Материал и методы. Представлен анализ 272 пациентов с разными вариантами повреждения желчевыводящих путей (ЖВП), которые были получены во время операций на области гепатопанкреатобилиарной зоны в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области, которые в последующем поступили в клинику факультетской хирургии имени С.П. Федорова Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и на ее клиническую базу. Появление современных методов диагностики и современная классификация ПЖП «АТОМ» позволили отобрать 69 пациентов с ПЖП, которые были получены во время ХЭ с 2005 по 2017 год, и провести подробный анализ их обследования и хирургического лечения. Полученные результаты. Основными интраоперационными признаками травмы ЖВП, являются желчеистечение и деформация холедоха, а в послеоперационном периоде – механическая желтуха, желчеистечение по контрольному дренажу и перитонит. Интраоперационная холангиография при подозрении на ПЖП во время выполнения ХЭ, позволяет подтвердить повреждение, а также выявить его анатомические особенности. Основными методами инструментального исследования ПЖП в послеоперационном периоде, являются УЗИ-живота, фистулография, МРХПГ и диагностическая лапароскопия. На основании полученных нами данных усовершенствован алгоритм обследования и лечения ПЖП, выделены критерии которые обосновывают выбор рационального варианта оперативного вмешательства. Так ведущими достоверными критериями являются: наличие гнойно-септических осложнений, общее состояние

пациента, анатомические характеристики повреждения (масштаб повреждения), механизм повреждения (при помощи энергии или механический) и диаметр протока. Обсуждение. В результате анализа хирургического лечения пациентов ПЖП установлено, что наружное желчеотведение ЖВП, в качестве первого этапа лечения показано при полном повреждении ЖВП, наличии гнойно-септических осложнений, узком диаметре ЖВП, при повреждении при помощи энергии (диатермическое повреждение), тяжелом соматическом состоянии пациента (ASA-4), исключает риск возникновения послеоперационных осложнений и позволяет выполнить реконструктивную операцию вторым этапом через 3 месяца с благоприятными отдаленными результатами. Восстановительные операции показаны при частичных и окклюзионных ПЖП (клипирование, лигирование). Выполнение билиобилиарных анастомозов при полном ПЖП нецелесообразно из-за его полного рубцевания. Реконструктивная операция при отсутствии гнойно-септических осложнений, тяжести состояния больного по ASA I-III, диаметре ЖВП более 6 мм, в виде выполнения гепатико-юноанастомоза по Ру, является основной по устранению полных повреждений ЖВП. Диатермическое повреждение ПЖП не позволяет, во время операции оценить изменения в стенке поврежденного ЖВП. На основании проведенного нами исследования, при выполнении реконструктивной операции, при полном диатермическом повреждении ЖВП необходимо выполнять резекцию проксимальной культи ЖВП на 7 мм, а при полном механическом повреждении на – 3 мм. Выводы и рекомендации. Таким образом, выбор варианта хирургического лечения учитывающего ведущие общие и локальные критерии повреждения, позволяют обоснованно выбирать рациональный вариант оперативного вмешательства и уменьшить число осложнений, летальных исходов и улучшить качество жизни пациентов с ПЖП.

593. Практическое применение эндовенозной посегментной радиочастотной облитерации вен

Комарова Л.Н., Алиев Ф.Ш.

Тюмень

ФГБОУ ВПО Тюменский ГМУ, "НУЗ Отделенческая больница на ст. Тюмень "ОАО РЖД"

Актуальность проблемы. Варикозная болезнь нижних конечностей является одной из наиболее часто встречаемых патологий во всем мире. Распространенность среди населения колеблется от 9,3 до 20%, в том числе и в развитых странах. Основным методом лечения варикозной болезни нижних конечностей является хирургический, одним из узловых моментов которого является удаление или облитерация измененных подкожных вен с несостоятельным клапанным аппаратом. Материалы и методы. В исследовании приняли участие больные (n=68) обоих полов (от 18 до 91 года), 67% женщин, 37% мужчин. Средняя длительность заболевания составила 11,8 лет. Всем пациентам до операции проводилось дуплексное ультразвуковое ангиосканирование вен для определения уровня патологических вено-венозных рефлюксов, степени клапанной недостаточности, выявления несостоятельных перфорантных вен. Последующее клиническое наблюдение и дуплексное ультразвуковое сканирование проводилось через 1 неделю, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. Результаты. Все пациенты были прооперированы в клинике «НУЗ Отделенческой больницы на ст. Тюмень «ОАО РЖД» за 2016 год методом радиочастотной облитерации вен (РЧО). Количество проведенных операций на одной нижней конечности - 44 (64,7%), на двух – 24 (35,3%). Средний диаметр вены был 7,5 мм, максимальный – 27 мм. Подавляющее большинство пациентов (70,5%) вернулись к привычной жизни в день операции, 23,5% - через 2 дня после операции, 8,8% - спустя 3 дня после операции. Более 2/3 пациентов (65,0%) оценили эффект выполненной операции, на «отлично», отметив устранение варикозного синдрома, уменьшение отеков, ночных судорог, болевого синдрома, исчезновение (или уменьшение) трофических расстройств на голени. Обсуждение. Лечение патологических вено-венозных рефлюксов методом эндовенозной посегментной радиочастотной облитерации вен (ЭПРЧО), и проводимая в послеоперационном периоде пенная склеротерапия могут значительно улучшить лечебно-косметический эффект. По

результатам лечения, ЭПРЧО является методом выбора у пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих несколько сопутствующих заболеваний; у пациентов, страдающих варикотромбофлебитом I типа. Выводы и рекомендации. Эндовенозная посегментная радиочастотная облитерация рефлюкса подкожной вены нижней конечности отличается стойкой эффективностью, является наиболее современным и малоинвазивным методом, снижающим периоперационный стресс и повышающим качество жизни у подавляющего числа пациентов.

594. Оценка параметров монодоступа к желчному пузырю с использованием метода спиральной компьютерной томографии

*Ахметзянов Р.Г. (1,2), Развозжаев Ю.Б. (1),
Данильченко И.Ю. (1), Алонцев А.В. (1),
Фавев А.А. (1)*

Новокузнецк

1) НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ,
Новокузнецк 2) ГАУЗ КО «НГКБ № 1»

Актуальность. Выполнение лапароскопической холецистэктомии с использованием единого лапароскопического доступа (ЕЛД) к желчному пузырю является перспективным, но всё ещё недостаточно широко применяемым в практике направлением современной малоинвазивной хирургии при операциях по поводу острого холецистита. Применение данной методики ограничено как определенными техническими особенностями, так и отсутствием объективно обоснованного подхода к выбору операции с учётом оценки параметров хирургического доступа. Цель. Провести объективную оценку параметров хирургических доступов применительно к технологии монодоступа (ЕЛД) к желчному пузырю с использованием метода спиральной компьютерной томографии (СКТ). Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование условий хирургических доступов методом СКТ у 87 взрослых пациентов: 33 мужчин и 54 женщин в возрасте от 22 лет до 81 года, средний возраст составил 51,8 лет. Исследование проводилось на базе отделения лучевой диагностики ГАУЗ КО «НГКБ

№ 1» г. Новокузнецка. На изображениях передней брюшной стенки в сагиттальной плоскости определялась проекция ЕЛД с заданной длиной 3 см, проводилось измерение толщины передней брюшной стенки (ТПБС) в двух точках вдоль срединной линии живота: 1 – на уровне пупка (пупочный доступ – ПД), 2 – под мечевидным отростком (эпигастральным доступ – ЭД). На уровне каждого из двух доступов на передней брюшной стенке проводились переформатирования в косо-аксиальных и косо-сагиттальных плоскостях, которые проходили через доступ и шейку желчного пузыря (ЖП). Проводилась оценка следующих параметров доступов к шейке ЖП: 1. ТПБС измеряли от поверхности кожи до париетальной брюшины в проекции доступа; 2. Глубину раны (ГР) измеряли от центра доступа до шейки ЖП; 3. Угол операционного действия эндохирургического (УОДЭ) моделировали путём построения векторов в виде угла от середины проекции доступа через внутреннюю апертуру доступа на уровне париетальной брюшины; 4. Зона доступности (ЗД) – определялась как площадь дна раны на сагиттальном срезе по формуле площади основания конуса: $S_{осн} = \pi R^2$, где π – число пи, R – радиус основания конуса. Выполняли построение конуса с помощью векторов через центр проекции доступа на передней брюшной стенке до париетальной брюшины задней брюшной стенки, аорты, позвоночника, затем измеряли радиус основания конуса. По формуле вычисляли величину ЗД доступа; 5. Угол наклона оси операционного действия инструмента (УНООДИ) получали путём построения угла между вектором, идущим от середины доступа к шейке ЖП и горизонтальной плоскостью; 6. Площадь лапароскопической раны (ПЛР) рассчитывали по формуле площади боковой поверхности цилиндра: $S_{бок} = 2\pi R \cdot h$, где π – число пи; R – радиус основания цилиндра, равный $\frac{1}{2}$ длине доступа; h – высота цилиндра, соответствующая значению ТПБС. Полученные результаты. Значения параметров лапароскопических доступов: ПД (1) и ЭД (2) к шейке ЖП (M – среднее арифметическое) ТПБС, см: для доступа «1» 0,2–3,9 (M – 1,3); доступа «2» 0,4–4,3 (M – 1,7); ГР, см: «1» 6,6–22,2 (M – 13,5); «2» 9,1–16,8 (M – 12,1); УОДЭ, град.: «1» 43–161 (M – 100,3); «2» 39–150 (M – 87,9); ЗД, см2: «1» 55,4–1268,6 (M – 420,2); «2» 12,6–854,9 (M – 80,8); УНООДИ, град.: «1» 16–66 (M – 39,3); «2» 42–148 (M – 116,9); ПЛР, см2: «1» 1,9–36,7 (M – 12,4); «2» 3,8–40,5 (M – 16,5). Выводы. Разработанный метод позволяет провести объективную оценку параметров монодоступа (ЕЛД) к желчному пузырю с помощью метода СКТ. Применение в клинической практике СКТ обеспечивает возможность точной

дооперационной оценки параметров монодоступа к желчному пузырю. Предлагаемый способ позволяет расширить арсенал объективных средств хирурга для прогнозирования условий оперативного вмешательства.

595. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: диагностика и лечение воспалительных осложнений.

*Тимербулатов М.В.(1), Куляпин А.В.(2),
Лопатин Д.В.(2)*

Уфа

1-БГМУ, 2-ГБУЗ РБ ГКБ 21

ВВЕДЕНИЕ Одна треть от всей популяции страдает дивертикулярной болезнью толстой кишки. Основные осложнения острый дивертикулит (20 %), перфорации (27,2 %), кишечные свищи (1 – 23 %), абсцессы. В связи с этим анализ результатов лечения пациентов данной патологии позволить оптимизировать диагностику и тактику лечения больных с данной патологией. Цель настоящего исследования - проанализировать диагностику и лечение пациентов поступивших с 2000 по 2016 гг в ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа с осложненной формой ДБТК. Материалы и методы Анализ информации проводился по архивным данным по направлению: ДБТК с воспалительными осложнениями. Учитывались следующие основные характеристики: возраст и пол пациента, количество предыдущих госпитализаций, связанных с ДБ и осложнениями дивертикулита, результаты клинко-диагностического и инструментального обследования, данные консервативного лечения и оперативных вмешательств. За данный период проанализировано 1048 пациентов с воспалительными осложнениями ДБТК. Для подтверждения диагноза использовались методы компьютерной томографии (300 пациентов), колоноскопии (912), ирригографии (748), лапароскопии или лапаротомии (202). Сравнительный анализ проводился в четырех возрастных группах (до 40 лет, от 41 до 60 лет, от 61 до 70 лет и старше 71 года) с учетом гендерного подхода за 5-летние периоды наблюдения (2000-2005, 2006 – 2010, 2011 – 2016 гг.). Результаты

исследования и их обсуждение. По гендерному распределению с воспалительными осложнениями ДБТК среди пациентов было 650 женщин (62 %) и 398 мужчин (38 %). В табл. 1 представлены данные о распределении больных с воспалительными осложнениями ДБТК по возрастному критерию. Практически каждый второй пациент с воспалительной формой ДБТК находился в возрасте (до 60 лет). Отмечается рост заболеваемости у молодых людей до 40 лет с 5,8 % (2000 – 2005 гг.) до 6,9 % (2012 – 2016 гг.). На первом месте среди острых воспалительных проявлений ДБТК превалирует острый дивертикулит (65 %). В тоже время отмечается снижение данного вида осложнения с 68 до 63 %. Пациенты, с осложненной формой ДБ, получали комплекс консервативной терапии. Положительный ответ на комплекс консервативной терапии получен в 73 % случаев. При этом, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 18+5 дней. Для исключения перфорации у 146 больных с перидивертикулярным инфильтратом было выполнено 63 (43,15 %) диагностических лапароскопий. В 20 случаях из которых выполнено 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. 220 больным диагностирован перидивертикулярный абсцесс. 81 случай - внутрибрюшечный абсцесс выполнено резекция 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. Выводы: • отмечается рост числа обращений пациентов с осложненной формой ДБТК в виде острого воспалительного процесса (на 25 %) и кишечного кровотечения (на 12 %); • каждый второй пациент с острым воспалительным течением ДБТК находился в возрасте до 60 лет, тогда как пациенты с признаками кишечного кровотечения были старше 65 лет; • наблюдается рост заболеваемости ДБТК среди молодых людей в возрасте до 40 лет (с 5,8 до 6,9 % за весь период наблюдения); • на первом месте из осложнений воспалительного характера был острый дивертикулит (65%); • основным факторам кишечного кровотечения по всем годам наблюдения являются ДБТК . • консервативное лечение при остром воспалительной течении ДБТК оказалось эффективным у 73 % больных. В экстренной и плановой хирургической помощи нуждались соответственно 28 % и 26 % пациентов;

596. Опыт хирургического лечения очаговых поражений печени на фоне гепатита и цирроза

*Бахтин В.А., Янченко В.А., Русинов В.М.,
Кучеров А.А.*

Киров

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Цель исследования: Улучшить результаты и повысить радикальность лечения пациентов со злокачественными и паразитарными очаговыми заболеваниями печени, ассоциированными с хроническим гепатитом и циррозом. Материалы и методы исследования: В хирургической клинике в период с 2012 по 2017 г. наблюдалось 47 больных с очаговыми поражениями печени, ассоциированными с хроническим вирусным гепатитом и (или) циррозом в возрасте от 23 до 78 лет, женщин - 17 (36,2%), мужчин - 30 (63,8%). Злокачественные поражения печени выявлены у 29 (61,7%) больных, в том числе первичный гепатоцеллюлярный рак - у 18 (38,3%), метастатическое поражение - у 11 (23,4%). Паразитарные поражения (альвеококкоз и эхинококкоз) диагностированы у 18 (38,3%) пациентов. Заболеваниями печени, на фоне которых происходили перечисленные патологические процессы, являлись: хронический вирусный гепатит В - 12 (25,3%), хронический вирусный гепатит С - 9 (19,1%), ассоциация гепатитов В и С - 3 (6,4%), Цирротические изменения в ткани печени выявлены у 23 пациентов (48,9%), в том числе: вирусной этиологии - 19 (40,4%), криптогенный цирроз - 4 (8,5%). При оценке функциональной активности по Child-Pugh пациенты с циррозом распределились следующим образом: класс А - 11 (23,4%), В - 5 (10,6%), С - 7 (14,9%). Резекциям печени выполнена 26 (55,3%) больным: правосторонняя гемигепатэктомия - 7 (14,9%), левосторонняя гемигепатэктомия - 3 (6,4%), трисегментэктомия - 5 (10,6%), бисегментэктомия - 3 (6,4%), атипичные околоопухолевые резекции - 5 (10,6%). Профилактику послеоперационных нарушений функции печени проводили путем стратификации пациентов по риску развития печеночной недостаточности, посиндромной медикаментозной коррекции имеющихся клинически значимых нарушений, принципа минимальной травматизации и максимального сохранения ткани печени при выполнении резекции, интраоперационной и послеоперационной внутривенной инфузией

лекарственных средств через реканализированную пупочную вену, а также постоянного мониторинга функционального состояния печени. Результаты: В раннем послеоперационном периоде явления печеночной недостаточности наблюдали у 8 больных, в том числе у 3 они носили тяжелый характер. Умерли 2 пациентов. Послеоперационная летальность среди оперированных составила 7,6%. Выводы: хирургическое лечение очаговых заболеваний печени на фоне воспалительно-цирротического поражения паренхимы в значительной степени ограничивает возможности проведения радикальных резекций большого объема в связи с высоким риском послеоперационной печеночной недостаточности. Предоперационная стратификация пациентов по степени риска, посиндромная предоперационная медикаментозная терапия, интра- и послеоперационная внутривенная инфузия лекарственных средств позволяет уменьшить риск развития тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности, повысить число радикально оперированных больных и снизить процент послеоперационных осложнений и летальности.

597. Потребность в прямой спиральной компьютерной томографии у амбулаторных пациентов на флебологическом приеме

*Фокин А.А. (1), Борсук Д.А. (2),
Таурагинский Р.А. (2), Шкаредных В.Ю. (3)*

Челябинск

- 1) Кафедра хирургии
ИДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава РФ
- 2) ООО "Васкулаб" Клиника флебологии
и лазерной хирургии
- 3) ГБУЗ Областная клиническая больница №3,
Отделение лучевой диагностики

Сегодня при обследовании пациентов с патологией вен нижних конечностей, особенно вен ниже паховой складки, основным методом диагностики является ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС), которое позволяет определять как структурную патологию, так и гемодинамические характеристики венозного кровотока. В то же время, у части пациентов УЗДС не способно предоставить

клиницисту полного понимания венозной анатомии, необходимого для выбора наиболее адекватной лечебной тактики. Это может быть связано как с плохой проницаемостью эхо-сигнала, так и со сложным ходом венозных магистралей, их множественными извитостями, наложениями, многоуровневым характером патологии и т.п. Непрямая спиральная компьютерная томография (СКТ) с введением контрастного препарата через кубитальную вену не позволяет получить хорошее изображение вен ниже паховой складки, в то время как прямая СКТ с введением разбавленного контраста через вены стопы позволяет добиться точного трехмерного изображения венозного русла нижних конечностей. Однако данная методика на сегодняшний день не имеет широкого применения, в первую очередь ввиду отсутствия знаний и опыта у большинства специалистов, оказывающих помощь пациентам с заболеваниями венозной системы. Целью настоящей работы стала оценка потребности в прямой СКТ у первичных пациентов, явившихся на консультацию в плановом порядке в клинику амбулаторной флебологии. Материал и методы: за период с февраля 2017 по февраль 2018 года в частную клинику амбулаторной флебологии, являющуюся клинической базой кафедры хирургии Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета Минздрава РФ, обратилось за первичной консультацией 3214 пациентов. Спектр заболеваний был следующим – хронические заболевания вен (ХЗВ) нижних конечностей C0S-1 классов по CEAP – 875 (27,2%) пациентов; варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей C2-6 классов по CEAP – 1280 (39,8%) пациентов; посттромбофлебитический синдром (ПТФС) – 174 (5,4%) пациента; острый тромбоз глубоких вен (ТГВ) – 64 (2%) больных; патология периферических артерий – 68 (2,1%) пациентов; ангиодисплазии – 34 (1,1%) пациента; другая, в том числе не сосудистая патология – 719 (22,4%) пациентов. УЗДС вен нижних конечностей выполнено в 2961 (92,1%) случае. Результаты: потребность в СКТ венографии возникла у 87 (2,7%) пациентов, из них в 38 (1,2%) случаях была выполненная прямая СКТ через вены стопы. Основными состояниями, при которых прямая СКТ помогла с выбором тактики дальнейшего лечения или была единственным инструментальным методом для установки точного диагноза, являлись ангиодисплазии, в том числе синдром Клиппеля-Тренона, посттромботические поражения бедренной и/или подколенной вен в тех случаях, когда варикозно расширенные подкожные вены служили единственными путями оттока, нетромботические и/или посттромботические

поражения подвздошных вен, острые дистальные тромбозы, рецидивы варикозного расширения вен, особенно в бассейне малой подкожной вены с предыдущими множественными открытыми вмешательствами в области сафено-поплитеального соустья, варикозное расширение вен нижних конечностей от расширенных вен малого таза. Во всех этих случаях, выполненное первым этапом УЗДС, не являлось достаточным методом диагностики заболеваний периферической венозной системы. Выводы: 1) СКТ с введением разбавленного контраста через вены стопы позволяет добиться точного трехмерного изображения венозного русла нижних конечностей; 2) Потребность в прямой СКТ венографии возникает у 1,2% пациентов на амбулаторном приеме флеболога; 3) УЗДС является обязательным методом для определения гемодинамических показателей у всех пациентов, направленных на СКТ.

598. Сравнительная оценка эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и флебэктомии (ФЭ) в лечении варикозной болезни нижних конечностей

*Карукес Р.В., Калиниченко И.А.,
Чернышёв А.А., Абовян А.Р.*

Ростов-на-Дону

НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный ОАО РЖД

Введение: Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) является одним из древнейших и самых распространенных заболеваний вен во всем мире. Средняя частота ВБНК в мире составляет 20% (25-33% среди женщин и 10-20% среди мужчин), в России около 25% только официально зарегистрированных больных, страдающих различными формами ВБНК. В настоящее время ВБНК стала выявляться в более молодом возрасте. По данным некоторых авторов у 10-15% школьников регистрируется поверхностный венозный рефлюкс. Ещё 20 лет назад единственным методом лечения ВБНК было их удаление. В 1999г на смену ФЭ был предложен новый метод, который получил название эндовенозное лазерное лечение. Цель сравнить результаты, полученные при лечении

ВБНК с различными диаметрами БПВ помощью ЭВЛО и ФЭ, их эффективность, побочные явления, осложнения, рецидивы. Материал и методы

Объектом нашего исследования стали 233 пациента (48 мужчин и 185 женщин), прооперированные в условиях НУЗ ДКБ на ст.Ростов-Главный с августа 2015г. по август 2017 гг. Из них с клиническим классом С2–57; С3–109; С4–21; С5–32; С6–14. Было выполнено 92 флебэктомии+минифлебэктомией (МФЭ) и 154 эндовенозные лазерные облитерации БПВ (из них 102+МФЭ и 38+склеротерапией). Для выполнения ФЭ применялся веноэкстрактор на тросу по Набатову. Для выполнения ЭВЛО применялся аппарат лазерный "ЛАМИ-Гелиос" в комплектации "Флебо II" с гибким световодом Biolitec ELVeS Radial Fiber. Тракция выполнялась автоматически со скоростью 0,7мм/сек, в зависимости от диаметра вены линейная плотность энергии использовалась 52-100Дж\см. Для тумесцентной местной анестезии использовали 0,01% р-р новокаина. Для выполнения МФЭ применялся набор крючков микрохирургических по Варади. Для выполнения склеротерапии использовался 1% р-р этоксисклерола. По диаметру вен и оперативному пособию больные разделены на 4 группы: 1. 84(с d вен до 1,0см; ЭВЛО) 2. 68(с d вен более 1,0 до 1,7см; ЭВЛО) 3. 42(с d вен менее 1,5см; ФЭ) 4. 39(с d вен более 1,5см; ФЭ). Полученные результаты: Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре у больных 1и 2групп составила менее 1 суток, 3–3к/д, 4–5к/д. Оценка болевого синдрома в 1-2сутки по вербальной описательной шкале VDS(1990) у больных 1 и 2 группы в среднем составила 2б.; 3 и 4-4б, на фоне приема НПВС болевой синдром купировался. Экхимозы наблюдались в 1 группе 36(42,8%), во 2–24(35,3%), в 3–39(92,8%), в 4–39 (100%). Гематомы развились в 1 группе у 1(1,2%), во 2–1, 1,4%, в 3–8(19%), в 4–5(12,8%). У пациента из 2группы на контрольном ультразвуковом исследовании определялось пролабирование коагуляционного тромба в бедренную вену, дополнительного хирургического вмешательства не потребовалось, на фоне пероральных антикоагулянтов через 9 дней тромб регрессировал. У пациентки из 4группы на 5е сутки после ФЭ+ МФЭ, развился тромбоз глубоких вен голени. Проведен курс консервативной терапии, на 21 сутки сформировалась реканализация. Флебитов и ожогов в послеоперационном периоде не наблюдалось. При контрольном осмотре через 1 месяц в 1группе отмечались жалобы на парестезии по медиальной поверхности бедра 9(10,4%) больных; во 2–16(23,5%), в 3 бедра и голени – 18(42,8%), в 4–19(48,7%). На контрольном

ультразвуковом флебосканировании в 1и2 группе определяется уменьшение диаметра ствола БПВ, отсутствует рефлюкс. При контрольном осмотре через 6 месяцев пациенты 1группы жалоб не предъявляют; на контрольном УЗИ вен нижних конечностей отмечается полная облитерация ствола БПВ, уменьшение диаметра до 40%. Во 2группе сохранялись жалобы на парестезии у 1(1,4%) больного; на контрольном УЗИ вен нижних конечностей отмечается полная облитерация ствола БПВ, уменьшение диаметра до 50%. В 3и4 группе отмечались жалобы на парестезии по медиальной поверхности голени в 3–5(11,9%), в 4–11(28,2%). Выводы: ЭВЛО можно отнести к эффективному и предпочтительному методу лечения ВБНК в сравнении с ФЭ, в виду меньшего количества побочных эффектов, низкого риска развития осложнений и рецидивов в представленном наблюдении.

599. Опыт применения лапароскопических операций при ущемленных паховых грыжах

*Дибиров М.Д., Семенякин И.В. Ерин С.А.,
Пирахмедов М.И., Ларичев Д.В.,
Константиновский Е.А., Агафонов В.А.,
Бобылев А.А., Чупалов М.О., Исеев А.И.,
Магомедалиев А.М., Сумбаев А.А.*

Москва

ГБУЗ "ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого" ДЗМФГБОУ
МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Цель: оценить возможности и эффективность применения лапароскопических операций при ущемленных паховых грыжах. Материалы и методы: С начала 2017 года в нашей клинике активно начали применять лапароскопические операции при ущемленных паховых грыжах. 25 пациентам с ущемленными паховыми грыжами (средний возраст 44-65 лет) выполнены лапароскопические операции, что составило около 20 % от всех больных, оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии. Давность заболевания при поступлении составила от нескольких часов до 2 суток. На дооперационном этапе основными противопоказаниями к использованию лапароскопического доступа

считали: тяжелую сопутствующую патологию, грыжи больших размеров, признаки флегмоны грыжевого мешка, признаки некроза ущемленного органа, давность заболевания более 2 суток. Выполнение лапароскопической герниопластики подразумевает применение сетчатого протеза (СП), что до недавнего времени категорически запрещалось, из-за высокого риска инфицирования. Мы использовали полипропиленовые СП зарубежного и отечественного производства. Для прикрепления СП мы использовали интракорпоральный шов, а не эндостеплер, что, безусловно, удешевляет и расширяет возможности использования этой операции в условиях городских больниц. Важным фактором, снижающим степень интраоперационного обсеменения при выполнении условно-чистых и контаминированных операций, является проведение периоперационной антибиотикопрофилактики. Мы использовали цефалоспорины 2 поколения или защищенный пенициллин – амоксициллин/клавуланат. Техника и результаты: троакары устанавливаются как при типичной лапароскопической герниопластике: в параумбиликальной области - 10 мм троакар, по наружным краям прямых мышц живота в мезогастрии - 5 мм троакар с одной стороны и 10 мм троакар - со стороны грыжевого выпячивания. Относительным интраоперационным противопоказанием для проведения операции лапароскопическим методом мы считаем выявление ущемленной кишки, спаянной с грыжевым мешком, в сочетании с узкими грыжевыми воротами. В такой ситуации при низведении кишки имеется высокий риск ее повреждения. Абсолютным противопоказанием является флегмона грыжевого мешка. При такой ситуации использование сетчатого протеза повышает риск инфицирования в несколько раз. Из 25 оперированных больных лапароскопическую герниопластику выполнили 22 пациентам. В 2 случаях выполнена резекция тонкой кишки. В связи с техническими трудностями у 2 больных мы были вынуждены перейти к традиционной герниопластике. У 1 пациента возникло интраоперационное осложнение - повреждение кишки, вследствие чего операция продолжена через доступ в паховой области с ушиванием участка повреждения и пластикой местными тканями. Послеоперационных осложнений после проведенных 22 лапароскопических герниопластик не было. Больные были выписаны на 2-4 сутки с улучшением. Выводы. Учитывая малую травматичность вмешательства, раннюю активизацию пациентов, отсутствие необходимости в специальном инструментарии (эндостеплер), а

также невысокие затраты на лечение и хорошие результаты, лапароскопическую герниопластику можно рассматривать как метод выбора оперативного лечения при ущемленных паховых грыжах, у определенного контингента больных.

600. Внутривнутрибрюшное давление как индикатор эффективности лечения при острой спаечной кишечной непроходимости

Левин Л.А., Малышкин П.О., Калинин Е.Ю.

Санкт-Петербург

СЗГМУ имени И.И. Мечникова

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) – серьезное осложнение лапаротомных операций, воспалительных заболеваний и травм органов брюшной полости. Для выявления признаков нарушения кишечного пассажа в таких случаях рутинно используются лучевые методы исследования. Для оценки эффективности консервативного лечения их используют неоднократно, наблюдая за динамикой рентгенологических и сонографических признаков ОСКН. В случаях безуспешности лечебных мероприятий эти признаки сохраняются или прогрессируют. При этом нарушение кишечного пассажа со скоплением жидкости и газа в просвете кишки приводит к повышению внутривнутрибрюшного давления (ВВД), которое может быть измерено различными способами. Целью проведенного исследования было выяснить, как соотносятся показатели ВВД, измеряемого непрямой способом, с различными рентгенологическими и сонографическими признаками ОСКН, и насколько это может помочь своевременно установить показания к хирургическому вмешательству. Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Александровская больница» и носило проспективный характер. Измерение внутривнутрибрюшного давления у больных с ОСКН проводилось непрямой способом через мочевого пузырь с помощью системы «Унометер Абдо-Преше» (UnoMeter Abdo-Pressure) для измерения и мониторинга внутривнутрибрюшного давления в клинической практике. Изучены результаты измерений ВВД у 46 пациентов, которые после

безуспешных консервативных лечебных мероприятий были оперированы лапароскопическим или традиционным способом по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Среди них было 40 (87%) женщин и 6 (13%) мужчин в возрасте от 24 и до 73 лет (в среднем 53,5±6,3 лет). С целью стандартизации мы исключили из исследования ВБД пациентов с выраженным ожирением по центральному типу, ограничившись больными с индексом массы тела не более 30. В исследованной группе больных исходные показатели внутрибрюшного давления в начале лечения варьировали в пределах от 79 до 128 мм вод.ст., и в среднем составили 100,7±12,3 мм вод.ст. Различия в показателях ВБД в основном зависели от степени расширения кишки, что в свою очередь зависело от давности заболевания. При поступлении в стационар обзорная рентгенография живота у 38 больных выявила наличие кишечных арок, чаш Клойбера. Средний уровень ВБД у них составил 101,9±12,2 (от 88 до 128) мм вод.ст. У 8 пациентов на рентгенограммах уровней жидкости в кишке не было. Средний уровень ВБД у них составил 89,1±6,5 (от 79 до 101) мм вод.ст. ($p>0,05$). Ультразвуковое исследование живота выполнено 23 больным. У 6 из них обнаружено лишь расширение просвета тонкой кишки за счет скопления жидкости и газа, а у 17 помимо этого выявлено небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Средний уровень ВБД при отсутствии жидкости в полости брюшины был 88,9±7,1 (от 79 до 101) мм вод.ст., а при ее наличии – 111,2±10,5 (от 92 до 128) мм вод.ст. ($p>0,05$). Таким образом, рентгенологическим и сонографическим признакам, свойственным более тяжелым проявлениям острой кишечной непроходимости, соответствуют и более высокие средние показатели внутрибрюшного давления, хотя они и не достигают статистически значимого уровня. У всех 46 больных отмечено повышение ВБД к моменту операции по сравнению с исходными цифрами в среднем на 14,1±10,5 мм вод.ст. Причем повышение отмечалось уже через 3-4 часа от начала консервативного лечения, в последующем оказавшегося безуспешным. Следовательно, повышение ВБД, наряду с прогрессированием рентгенологической и ультразвуковой симптоматики, отражало нарастание явлений ОСКН. В раннем послеоперационном периоде (на следующий день после операции) во всех случаях констатировано снижение ВБД по сравнению с предоперационными показателями. Несмотря на наличие прямой корреляционной связи между лучевыми признаками прогрессирования кишечной непроходимости и повышением среднего уровня

ВБД, абсолютные цифры ВБД в каждом конкретном случае не могут определять лечебную тактику. ВБД зависит от многих привходящих обстоятельств – степени ожирения, состояния мышц брюшной стенки, уровня препятствия в кишке и проч. Поэтому только динамика ВБД у каждого отдельного пациента может отражать позитивный или негативный результат лечения. Выводы. 1. Повышение внутрибрюшного давления, измеряемого непрямым методом в динамике, коррелирует с рентгенологическими и сонографическими признаками прогрессирования острой кишечной непроходимости. 2. Повышение внутрибрюшного давления на фоне консервативной терапии ОСКН - прогностически неблагоприятный фактор в отношении эффективности такого лечения. 3. Устранение кишечной непроходимости приводит к снижению внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде.

601.Профилактика рефлюкс-эзофагита при лапароскопической рукавной гастропластики с созданием трехкамерного желудка.

*Хитарьян А.Г. (1,2), Старжинская О.Б. (1),
Межунц А.В. (2), Велиев К.С. (1)*

Ростов-на-Дону

1. НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Ростов-главный. 2. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Введение: В последние годы лапароскопическая рукавная гастропластика стала самой популярной бариатрической процедурой в мире. Это происходит потому, что бариатрическая хирургия является очень эффективным средством для снижения избыточной массы тела. Однако в некоторых опубликованных исследованиях сообщается об увеличении частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) после лапароскопической рукавной гастропластики. В связи с этим остается нерешенным вопрос предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса после рукавной гастропластики. Материалы и методы: Мы разработали и применили новую хирургическую технику лапароскопической рукавной гастропластики с созданием

трехкамерного желудка в качестве метода предотвращения ГЭРБ в послеоперационном периоде. Операция выполнялась в стандартной французской позиции с поднятым головным концом (chair- position). При постановке троакаров использовалась стандартная пятипортовая схема. При формировании трехкамерного желудка использовался специальный калибровочный зонд, диаметром 32 Fr с латексным баллончиком на конце, наполняемым требуемым объемом жидкости. Желудочная трубка была изготовлена с помощью линейного лапароскопического степлера. Важнейшим этапом этой методики является образование длинной (до 7 см) верхней пост-эзофагеальной желудочной камеры минимального объема (20 мл). Затем калибровочный зонд проводили дистально, а баллон накачивали до большего объема на каждой последующей стадии. Вторая камера имела длину 10 см и объем 50 мл. Третья камера препилорического отдела была сформирована длиной 5 см и объемом 60 мл. Вывод: основной механизм антирефлюксной защиты был возможен из-за пост-эзофагеальной желудочной камеры с ее слабой перистальтической активностью и эвакуацией пищи вследствие перистальтической активности пищевода. Этот метод показал положительную динамику у наших пациентов с симптомами ГЭРБ через год после лапароскопической рукавной гастропластики и поэтому должен быть изучен в будущем.

602. Симуляционное обучение студентов основам хирургии и его оптимизация

Аникин С.В., Яновой В.В.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
Россия

Актуальность: симуляционное обучение практическим медицинским навыкам позволяет провести подготовку студентов ВУЗов к клинической работе безопасно для пациентов и наиболее эффективно. Однако, одним из наиболее дискуссионных вопросов в симуляционном обучении в медицине является контроль и повышение качества усвоения материала. Цель

работы - оптимизация обучения у студентов амурской государственной медицинской академии. Материалы и методы: на базе симуляционно-аттестационного центра АГМА использован тренажер Pneumothorax Trainer и набор для пункции плевральной полости. Было создано видеопособие «Методика выполнения плевральной пункции», отражающее технику выполнения пункции плевральной полости на основе современных рекомендаций. Дизайн исследования: студенты в количестве 44 человек были разделены на 2 группы: основная и контрольная по 22 студента в каждой. В контрольной группе преподаватель демонстрирует алгоритм выполнения пункции плевральной полости с подробными объяснениями и комментариями (брифинг), после чего мы производим повторение данной манипуляции на занятии (дебрифинг). В основной группе предварительно студентам предложено ознакомление с разработанным учебным видеопособием через систему MOODLE с обязательным контролем просмотра. Далее проведен компаративный анализ групп по правильности и точности выполнения группами данного алгоритма. Результаты и их обсуждение: исследование показало, что студенты основной группы совершали менее 2 ошибок (несущественные) и все студенты получили достаточное количество баллов для зачета. Студенты контрольной группы совершали от 2 до 8 ошибок, в том числе существенных (возможность нанесения вреда здоровью – повреждение сосудисто-нервного пучка, нарастание пневмоторакса при неправильном соединении пункционной системы, неправильное обезболивание и т.п.) и только 31,8% (7) получили зачет. Студенты считали причинами неправильной техники манипуляции следующие факторы: неправильный выбор учебного пособия и сложность выполнения плевральной пункции сразу после демонстрации ее преподавателем. Заключение: использование в обучении видеопособия в качестве средства самоподготовки в системе дистанционного обучения MOODLE позволяет эффективно освоить методику манипуляции и отработать ее выполнение в ходе симуляционного занятия.

603. Результаты лечения острого аппендицита, сочетанного с другой патологией по материалам работы хирургического отделения клиники

Галимов, О.В., Ханов В.О., Шавалеев Р.Р., Сайфуллин Р.Р., Шавалеев Р.Р.

Уфа

Клиника ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России

В литературе продолжается дискуссия по вопросам показаний и противопоказаний к симультанным операциям, очередности выполнения этапов операции, риска увеличения объема операции в экстренных случаях (при наличии у пациента коморбидной патологии). Не маловажное значение имеет на сегодняшний день и вопрос информированного согласия пациента при выявлении сопутствующей патологии на операционном столе, а так же экономические аспекты оплаты сочетанных операций и возможные налагаемые штрафные санкции страховыми компаниями. Недостаточно изучен вопрос о характере постагрессивной реакции, возникающей у больных в ответ на сочетание операции, что необходимо для прогнозирования послеоперационного периода и проведения реабилитации. В хирургическом отделении Клиники ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России за прошедший год по поводу деструктивных форм острого аппендицита выполнена 172 аппендэктомия, из них у 151 (87,8%) лапароскопически. Конверсию проводили в случае возникновения технических затруднений и необходимости широкого дренирования. При этом у 33 (21,8%) пациентов имелись сопутствующие заболевания. Большинство из них было связано с имевшейся терапевтической патологией и требовало только соответствующей медикаментозной коррекции. Так у 15 (9,9%) имелась гипертоническая болезнь, у 8 (5,3%) ишемическая болезнь сердца, у 5 (3,3%) церебральные васкулярные заболевания, у 4 (2,6%) хроническая анемия, у 3 (1,9%) сахарный диабет. Реже встречались хронический пиелонефрит, хронические обструктивные заболевания легких, бронхиальная астма, морбидное ожирение (несовпадение количества пациентов связано с сочетанием двух и более заболеваний у одного человека). У 12 (7,9%) пациентов выявлялась сопутствующая острому аппендициту патология, требующая хирургической коррекции. Наиболее часто корригируемой сочетанной патологией явились спаянная болезнь

брюшины 4 (2,6%) кисты яичников – 3 (2,0%), внематочная (трубная) беременность – 2 (1,3%), перекрут жировой подвески – 2 (1,3%), острый сальпингоофарит (пельвиоперитонит) – 1 (0,6%). Проведя анализ результатов лечения, выявлено, что увеличение объема оперативного вмешательства, связанного с выполнением симультанных этапов, не вызвало осложненного течения основного заболевания, степень тяжести состояния в раннем послеоперационном периоде статистически не отличалась от пациентов, перенесших изолированные лапароскопические операции. Разница по временным показателям, травматичности манипуляций, по количеству послеоперационных осложнений, на наш взгляд, оказалась не столь принципиальной при выборе в пользу одномоментной коррекции сопутствующей хирургической патологии. Выявлено, что целый ряд показателей, характеризующих отдаленный послеоперационный период, свидетельствует о более благоприятном его течении после симультанных вмешательств. Таким образом, симультанные лапароскопические операции переносятся больными не тяжелее чем отдельные, а благодаря своим преимуществам обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

604. Опыт применения аппарата «Плазморан» в лечении пациентов с синдромом диабетической стопы

*Кривихин В.Т. 1, 2, 3,4, Горский В.А. 1,,
Лобаков А. И. 3, Кривихин Д.В. 2,4,
Елисеева М.Е. 2,4, Чернобай А.В.4,
Бакунов М.Ю. 1,4, Ибрагимов Э. С. 3.*

Видное

1 - Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2 – Российский университет дружбы народов, 3 - Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Согласно данным Росстата количество пациентов, страдающих сахарным диабетом в России на 2016 год составило 339,4 тыс человек. Количество

больных, чье течение данного заболевания осложнилось развитием синдрома диабетической стопы стабильно растет. Прогрессирование гнойного некротического процесса требует оперативного лечения в размере: вскрытия флегмон, ампутации пальцев стопы, трансметатарзальные резекции. Длительное восстановление пациента обусловлено наличием длительно незаживающих послеоперационных ран на стопе. Целью исследования стала оценка эффективности применения аппарата «Плазморан» при обработке хронических ран. Материалы и методы исследования: На базе ГБУЗ МО Видновская районная клиническая больница гнойного хирургического отделения в период 2017 года наблюдалась группа больных синдромом диабетической стопы состоящая из 44 пациентов, имеющих хронические раны на стопе и голени. Среди всех больных было 27 (61,4%) женщин и 17 (38,6%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $53,6 \pm 7,2$ года. С нейропатической формой СДС наблюдалось 15 (34%) пациентов, с нейроишемической формой – 29 (66%) пациентов. Всем пациентам выполнялась некрэктомия с последующей обработкой послеоперационной раны аппаратом «Плазморан» во время каждой перевязки, экспозицией до 4 мин в зависимости от фазы раневого процесса. Фазы раневого процесса определяли по типу цитограмм. Результаты. У группы больных с нейропатической формой синдрома диабетической стопы появление активных грануляций удалось достичь на $8,2 \text{ сутки} \pm 1$ после некрэктомии. У пациентов с нейроишемической формой СДС на $10,2 \text{ сутки} \pm 0,8$. Процесс эпителизации у больных нейропатической формой СДС начинался на $10,2 \pm 0,6$ сутки. У пациентов со нейро-ишемической формой на $11,4 \pm 1$ сутки. 27 (61,4%) пациентам была выполнена аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом. У всех пациентов после аутодермопластики наблюдалось приживление лоскута. Выводы: Выполнение некрэктомии в лечении хронических ран больных СДС, с последующей обработкой п/о раны аппаратом «Плазморан» способствует активации репаративных процессов: стимуляция активных грануляций, эпителизации. Применение аутодермопластики свободным расщепленным лоскутом способствует стимуляции эпителизации и более скорому выздоровлению данной категории пациентов.

605. Осложнения при эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии и папиллосфинктеротомии

Брегель А.И. (1, 2), Евтушенко В.В. (2), Мутин Н.А. (2), Гавриленко А.А. (2)

Иркутск

1) ИГМУ, 2) ОГАУЗ «ИГКБ №1»

Актуальность обусловлена возможным возникновением осложнений при проведении эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) и папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Материал и методы. ЭРПХГ в течение в течение 10 лет была выполнена у 516 больных. У 385 (58,5%) она завершилась ЭПСТ. В 53 (10,3%) случаях имели место различные осложнения. В работе проанализированы характер и возможные причины осложнений после ЭРПХГ и ЭПСТ. У 40 больных анализ был проведен по историям болезни и у 13 – по протоколам эндоскопических исследований. Мужчин было 9 (17,0%), женщин – 44 (83,0%). В возрасте до 40 лет было 4 (7,6%) больных, 41-50 лет – 5 (9,4%), 51 – 60 лет – 11 (20,8%), 61 – 70 лет – 11 (20,8%), 71 – 80 лет – 16 (30,2%) и старше 80 лет было 6 (11,3%) больных. Полученные результаты. Содержание билирубина в плазме крови не было повышено у 15,0% больных, у 10,0% уровень билирубина был 21 – 40 ммоль/л, у 7,5% – 41 – 80, у 22,5% – 81 – 120, у 20,0% – 121 – 160 ммоль/л, у 17,5% – 161 – 220 и у 7,5% больных - выше 221 ммоль/л. Диаметр большого дуоденального соска (БДС) у большинства больных не превышал 5 мм. Нетипичное расположение БДС обнаружено у 6 (11,3%) больных: у 2 оно располагалось в парапапиллярном дивертикуле и у 4 – в крае дивертикула. У 3 (5,7%) больных исследование было ограничено вирсунгографией. Еще у 4 больных по различным причинам не удалось заканюлировать протоки. Диаметр холедоха у 4 (8,7%) больных не был увеличен и составлял менее 6 мм, у 5 (10,9%) был от 7 до 10 мм, у 27 (58,7%) – 11 – 15 мм, у 9 (19,6%) – 16 – 20 мм и у 1 (2,2%) больного был больше 20 мм. У 34 (64,2%) больных были обнаружены камни в холедохе, у 10 (18,9%) – микрохоледохолития и у 2 (3,8%) имелась стриктура холедоха. У 7 (13,2%) больных причина желтухи не была установлена, а лишь был исключён ее механический характер. ЭПСТ выполнена как канюляционным, так и неканюляционным способом у 47 (88,7%) больных. Длина

папиллотомного разреза составила у 22 (46,8%) больных до 10 мм, у 22 (46,8%) – 11 – 15 мм и у 3 (6,4%) – 16 – 20 мм. После ЭПСТ конкременты из желчных протоков были удалены у 18 больных, у 20 больных камней в протоках не было обнаружено. У 15 больных камни из общего желчного протока не были извлечены. Причинами, не позволившими удалить камни из холедоха во время эндоскопии, были большие размеры конкрементов (12), прочная фиксация камней в желчных протоках (2) и другая причина (1). Кровотечение из папиллотомного разреза возникло у 35 (66,0%) больных, после гемостаза у 4 больных оно рецидивировало после окончания исследования. При рецидиве кровотечения 1 пациент был оперирован. Острый панкреатит развился у 7 (13,2%) больных, перфорация холедоха произошла у 8 (15,1%), перфорация ДПК - у 1 (1,9%) и папиллит у 2 (3,8%) больных. Операции в последующем были сделаны у 34 (64,2%) больных. Им были выполнены холецистэктомия, которая у части больных сочеталась с холедохотомией, удалением конкрементов из холедоха, наложением холедоходуоденоанастомоза и различными вариантами дренирования желчных протоков. У 2 больных была наложена микрохолецистостома. Летальность при возникновении осложнений составила 10,0%. Заключение. Наш опыт проведения ЭРПХГ и ЭПСТ подтверждает их высокую информативность и терапевтическую эффективность. ЭРПХГ в большинстве случаев позволяют установить причину желтухи, размеры, количество конкрементов и диаметр общего желчного протока. При ЭРПХГ и ЭПСТ возможно возникновение тяжёлых осложнений в 10,0% приводящих к летальному исходу. Факторами, повышающими вероятность развития осложнений являются нетипичное расположение БДС, трудности канюляции и технические погрешности. Для выполнения ЭРПХГ и ЭПСТ необходимо наличие современного оборудования и инструментария, адекватного анестезиологического пособия, квалифицированных врачей-эндоскопистов и хирургов.

606. Институт наставничества в современной российской хирургии: реалии и перспективы

Быков А.В., Мяконький Р.В., Чеботарева О.А., Панкратов А.И.

Волгоград, Саров

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Несмотря на серьезные трудности, которые испытывает отечественное здравоохранение в конце XX – начале XXI веков, удалось сохранить лучшие традиции Российской хирургической школы, проверить на практике ряд новых моделей организации хирургической службы, апробировать организационные формы взаимодействия разных звеньев системы здравоохранения, позволившие рационально использовать имеющееся в регионах технологическое оборудование и врачей-специалистов, повысить качество диагностики, сократить сроки предоперационного обследования и продолжительности госпитального лечения больных при увеличении количества и сложности выполняемых операций (С.А. Совцов, 2018). Тем не менее, остается ряд нерешенных вопросов, важнейшим является повышение профессионализации начинающих хирургов на фоне сохраняющегося дефицита кадров (А.В. Быков, Р.В. Мяконький, 2017). Одним из возможных эффективных механизмов выхода из сложившейся ситуации может стать введение в отечественной хирургии института наставников с постоянным его совершенствованием. Именно наставничество способно повысить профессионализм начинающих хирургов, расширить диапазон их компетенций, способствовать более быстрой адаптации в коллективе (В.И. Сабанов, Р.В. Мяконький, 2016). В настоящее время резко сократились сроки внутривузовской практической подготовки хирургов – отсутствует субординатура, отменена интернатура, обучение в клинической ординатуре (отечественном аналоге резидентуры) составляет 2 года, а сотрудники клинических хирургических кафедр, если они не являются совместителями в конкретной больнице, лишены полноценной врачебной практики (А.В. Быков, Р.В. Мяконький, Н.Н. Седова, 2018). В 2016 году прозвучал ключевой тезис Президента России В.В. Путина: «Для нас очень важно не потерять ни одного талантливого ребенка. Работа по их выявлению и сопровождению по жизни, во всяком случае, в той ее части, которая

касается получения образования и профессиональных навыков, должна быть приоритетной». Именно он дал старт цепочке инициатив и решений, например таких, как движение «Молодые профессионалы» - WorldSkills Russia (WSR), проекты «Россия – страна возможностей», «Лидеры России», кванториумы и др. Начиная с 2017 года, после заседания комиссии по контролю за реализацией предвыборной программы партии «Единая Россия» на котором председатель Правительства РФ Д.А. Медведев дважды подчеркнул важность поддержки создания общероссийской системы наставничества, ему стало уделяться достаточно большое внимание, а вопрос приобрел государственное значение (Р.В. Мяконький, Г.Ю. Щекин, А.И. Панкратов, 2018). Наставничество запущено во многих отраслях, однако из поля зрения этого начинания систематически выпадает медицина. Не исключено, что данное обстоятельство объясняется сложностью и многообразием особенностей наставничества в указанной отрасли. В текущем году на площадке Выставки достижений народного хозяйства (ВДНХ) состоялся I Всероссийский форум «Наставник», направленный на развитие профессиональной среды наставничества, организованный Агентством стратегических инициатив (АСИ). Идеология проекта «Наставник» заключается в следующем: «Каждый человек талантлив, его способности определяют векторы профессионального и личного развития в течение всей жизни. Наставничество – «персональная огранка» талантов человека, придание имеющимся навыкам правильной формы, создание новых плоскостей и граней его профессионализма. В этом смысле наставник – это тот, кто помогает человеку раскрыть его дарования». Как отметил, первый заместитель руководителя Администрации Президента РФ С.В. Кириенко (2018): «Никакие знания не передаются иначе как от человека человеку, за каждым успешным человеком в любой сфере всегда стоит наставник. Люди, которые через наставничество передают другим свои знания и навыки в рабочих профессиях, в науке, в управлении, вызывают уважение. Однако наставничество не решается только административным путем». В свою очередь, помощник Президента России А.Р. Белоусов (2018) подчеркнул: «Нужно создать условия, при которых человек в существующих реалиях, существующих профессиях, мог самореализоваться и раскрыться. В советское время было мощное движение наставничества, оно было универсальным. Нам предстоит возродить, обогатить его и адаптировать к новым реалиям, это будет движение, которое дополнит существующую систему передачи знаний

и компетенций. Вторая составляющая, это где взять наставника или где его «вырастить»? Или правильнее сказать, как создать условия для появления наставников. В противном случае наставничество будет сведено к простой формальности». Конкурсная часть прошедшего форума «Наставник» не включала номинацию «Наставничество в здравоохранении», в то время как вопросы наставничества в медицине стоят особенно остро, поскольку они напрямую касаются безопасности пациента и качества оказания медицинской помощи (В.П. Сажин и соавт., 2018). В частности, весьма актуально наставничество в хирургии, как области медицинской деятельности повышенного риска (Р.В. Мяконький, К.О. Каплунов, 2016). Первые шаги введения наставничества, как официального института в медицине предприняты в 2015 году, когда Ассоциацией заслуженных врачей России (АЗВР) был сформулирован проект концепции «Наставничество в медицинской среде». Данный проект необходимо признать весьма значимым, поскольку до его появления в постсоветской медицине, наставничество носило неофициальный характер, и основывалось на традициях конкретного медицинского учреждения (А.В. Быков, Р.В. Мяконький, Г.С. Табатадзе, 2016). Концепция «Наставничество в медицинской среде» описывает общие принципы наставничества, в то время как, каждая отдельная медицинская специальность имеет свои особенности и нюансы. Несмотря на то, что указанная Концепция не лишена недостатков, она, начиная с 2016 года, в неизменном виде легла в основу приказов некоторых региональных министерств и комитетов здравоохранения. Цель исследования. Определить характеристику профессиональной среды начинающих хирургов. Дать предварительную оценку эффективности работы института наставничества в российской хирургии. Материалы и методы. Дизайн исследования: анонимный опрос начинающих хирургов в возрасте от 25 до 32 лет (средний возраст составил 28 лет), организованный в 2018 году посредством интерактивного анкетирования, реализованного через платформу <https://docs.google.com>. Опрос был проведен в январе-феврале на официальном сайте Волгоградского государственного медицинского университета (ВолГМУ) и в российской социальной сети ВКонтакте в группе «Молодой хирург». Критерием включения респондентов в исследование стало определение «начинающий хирург» - специалист, получивший на основании действующего законодательства РФ допуск к самостоятельной деятельности по хирургической специальности, имеющий вторую

квалификационную категорию или без таковой, стаж работы по профессии которого, составляет менее 5 лет (А.В. Быков, Р.В. Мяконький, 2017). В анкетировании приняли участие 82 хирурга стационарного и поликлинического звена государственного сектора медицины. Опрос включал 10 вопросов: возраст; тип лечебного учреждения; мощность стационара; является ли хирургическое отделение клинической базой медицинского вуза; информированность о введении с 2015 года наставничества в медицинских учреждениях; введено ли в медучреждении официальное наставничество; портрет наставника; портрет «идеального» наставника; период, на который введено наставничество для начинающего хирурга; необходимый период наставничества по вашему мнению. При опросе респонденты имели возможность отвечать не на все поставленные вопросы, при необходимости пропуская конкретный из них. В связи с этим при анализе полученных результатов указывалось количество человек, ответивших на конкретный вопрос. Отдельным пунктом опроса было вынесено предложение, высказать мнение о мерах по повышению эффективности наставничества для начинающих хирургов. Полученные результаты. Начиная с 2015 года используя конкретно социологические методы исследований: анкетирование, интервьюирование, фокус-группа, кейс-стади, контент-анализ и т.п., мы изучали характеристику профессиональной среды начинающих хирургов и проводили оценку эффективности вводимого института наставничества в отечественной хирургии (А.В. Быков и соавт., 2015, 2016, 2017). Представленное настоящее исследование является продолжением этого направления работы. Среди респондентов (n=82) гендерное распределение составило: 68 (82,9%) мужчин и 14 (17,1%) женщин. Подавляющее большинство опрошенных (n=82) - хирурги стационаров – 78 человек (95,1%). При этом учитывалась мощность хирургического стационара, в котором работает начинающий хирург (n=79): до 500 коек – 51 человек (64,6%) и свыше 500 коек – 28 (35,4%). Хирургическое отделение являлось клинической базой медицинского вуза в большинстве случаев (n=63): положительно ответили 42 опрошенных, что составило 66,7%. О введении с 2015 года программ наставничества (n=82), реализуемых на основании концепции «Наставничество в медицинской среде», предложенной АЗВР знали 14 респондентов (11,5%), в то время как 68 (88,5%) не имели об этом малейшего представления. На официально введенное наставничество (n=81) указали 39 (48,1%)

респондентов, при этом в 18 (46,2%) из них отметили, что оно носит формальный характер, а 24 опрошенных (29,6%) указали на его отсутствие. В медучреждениях, где официально введена программа наставничества (n=61), у 26 респондентов (42,6%) наставником является ординатор хирургического отделения, у 18 (29,5%) - заведующий отделением и у 17 (27,9%) - сотрудник кафедры. Портрет «реального» наставника оказался следующим (n=48): это мужчина, имеющий первую (6,3%) или высшую (37,5%) категорию, стаж работы которого в хирургии составляет менее 10 лет в 6,3% случаев, свыше 10 лет в 37,5% и свыше 20 лет в 33,3% случаев. В тоже время, портрет «идеального» наставника, по мнению опрошенных, представляется следующим (n=63): мужчина, заведующий отделением (41,3%) или сотрудник хирургической кафедры (36,5%), или ординатор хирургического отделения (11,1%), который должен иметь высшую (44,4%) или первую категорию (9,5%), со стажем работы более 20 лет (46%) или свыше 10 лет (42,9%). Менее 10% начинающих хирургов в качестве наставника рассматривают специалиста со стажем работы в хирургии до 10 лет. При наличии официально утвержденной программы наставничества (n=59) ее срок составляет: 3 месяца, на это указали 14 респондентов (23,8%), 6 месяцев – 12 человек (20,3%), 12 месяцев – 10 опрошенных (16,9 %) и срок свыше 1 года отметили 23 начинающих хирурга (39%). Мнение о том, что наличие наставника реально помогает в приобретении навыка (n=81) высказал 21 опрошенный (25,9%), в то время как остальные 60 начинающих хирургов (74,1%) считают, что имеющееся наставничество носит формальный характер, и практической пользы от него в освоении навыков и приобретения опыта нет. При опросе 23 респондента высказали свои предложения по повышению эффективности наставничества в хирургии. Среди наиболее часто высказываемых оказались следующие. Необходимо создать национальные образовательные рекомендации по подготовке начинающих хирургов, которые определяют стратегию обучения специалиста на рабочем месте с последовательностью его профессиональной социализацией и адаптацией в коллективе. Регламентируют период наставничества, определяют единую программу обучения на всей территории Российской Федерации. Будут включать критерии, в том числе психологические, соответствия кандидатов назначаемых в качестве наставника. Предусмотрят обучение и аттестацию наставников с гарантированной дополнительной оплатой наставничества. Обсуждение. Хирургия, как раздел

медицины, продолжает оставаться преимущественно мужской специальностью, соотношение мужчин и женщин составляет 5:1. Это объясняется высокими нагрузками, который испытывает хирург при выполнении профессиональных обязанностей, а также сложившейся исторической традицией. Основная часть начинающих хирургов профессионально стартуют в условиях первичного хирургического коллектива стационара с коечной мощностью до 500 коек, являющегося клинической базой хирургической кафедры. При этом, наставничество, как официальный институт, в половине случаев отсутствует. Там же где оно есть, зачастую обучение начинающего хирурга проводится формально, в короткий период времени от 3 до 6 месяцев, на что указали 26 респондентов (32%), при этом, почти 1/3 начинающих хирургов (29,6%), в отношении которых осуществлялось наставничество, отметили отсутствие достаточного эффекта такого обучения. Если суммировать все случаи отсутствия программ наставничества и те, которые проводятся формально, то получится, что в 75,8% приобретение навыка начинающим хирургом отводится на самообразование и самоадаптацию. Что в свою очередь повышает вероятность негативных исходов лечения в исполнении начинающего хирурга, имеющего достаточный уровень теоретической подготовки и недостаточный уровень практических компетенций. Получается, что реальный процент эффективного наставничества составляет 24,2%. То есть, лишь каждому четвертому хирургу наставником оказывается реальная помощь при профессиональном становлении. Как правило, начинающий хирург закрепляется за более опытным ординатором хирургического отделения, который в 42,6% назначается наставником. В меньшей степени и практически в равном соотношении в качестве наставника, выступают заведующие отделениями (29,5%) и сотрудники кафедры (27,9%). Данное обстоятельство, может объясняться, с одной стороны отчуждением сотрудников кафедры от лечебного процесса, с другой, отсутствием гарантированной оплаты труда наставника, что снижает интерес и мотивацию части наставников к эффективному обучению начинающего коллеги. Концепция «Наставничество в медицинской среде», внедренная некоторыми министерствами и комитетами здравоохранения отдельных регионов нашей страны, не предусматривает оплату труда наставника, оставляя решение этого вопроса на усмотрение руководителя конкретного медучреждения. Видимо, этим обусловлен и срок наставничества, который более чем в половине случаев (61%)

составляет не более 1 года. В качестве «идеального» наставника начинающие хирурги видят либо заведующего хирургическим отделением (41,3%), либо сотрудника кафедры (36,5%), которые должны иметь высшую категорию (44,4%) и стаж работы не менее 10 лет (88,9%). Данное обстоятельство вполне логично, поскольку именно в практической хирургии имеется корреляция между опытом и стажем работы. К тому же, заведующий хирургическим отделением, выступающий в роли наставника, наделен административными полномочиями должностного лица, что при прочих равных условиях расширяет возможности успешной профессионализации закрепленного начинающего хирурга. В современных условиях развития хирургии как науки и как наиболее интенсивно развивающейся медицинской специальности, относящейся к медицинской деятельности повышенного риска, передача опыта начинающему хирургу является основным методом обучения персонала внутри клиники, так как ни один внешний тренинг не сможет подготовить не стажированного сотрудника к профессиональной деятельности для конкретного медучреждения. Поскольку передача знаний и опыта может происходить по-разному, в каждой клинике существуют свои технологии для этого, исходя из присущих именно ей корпоративной культуре и особенностей. Мы видим наставничество, как необходимый элемент не только для программы адаптации и профессионального образования начинающих хирургов, но и как форму решения социальных проблем, связанных с активным привлечением опытных сотрудников клиник к преподавательской деятельности. Говоря о наставничестве начинающих хирургов в условиях самостоятельной практики в практической медицине, наша принципиальная позиция заключается в следующем: «Необходимо выявлять лучшие формы и программы наставничества, оценивая их эффективность и при необходимости дорабатывая и адаптируя к реальной практике, поставить их воспроизводство и тиражирование на поток, тем самым повсеместно внедряя». Отбор предлагаемых методик обучения начинающих хирургов должен проходить по принципу - пока не доказана ее эффективность, она не должна быть рекомендована к широкому внедрению. Безусловно, невозможно одновременно создать универсальную, удовлетворяющую и наставников, и обучающихся систему эффективного вхождения начинающего хирурга в повседневную хирургическую практику. Потребуется широкое обсуждение подобной программы в хирургическом сообществе с последующей разработкой наиболее вероятно

ориентированной на успех программы наставничества в хирургии. Как и в случае с национальными клиническими рекомендациями (НКР) будет необходимо периодическое дополнение, редактирование и совершенствование первоначальной концепции «Наставничество в хирургии». Выводы. На сегодняшний день, наставничество в хирургии введено не повсеместно, не существует единого подхода к его осуществлению, а также отсутствует системы подготовки начинающих хирургов как таковая. Наставничество в хирургии – это многогранный процесс, который в реалиях нашего времени требует детального и осмысленного подхода. Вопросы наставничества в хирургии требуют скорейшей актуализации, популяризации и активного обсуждения в профессиональном сообществе. По примеру НКР, которые подтвердили свою эффективность, необходимо рассмотреть возможность подготовки национальных образовательных рекомендаций для начинающих хирургов, ключевым разделом которых должно стать наставничество. Необходимо создание условий для воспитания и обучения наставников, в противном случае наставничество будет превращаться в формальность. Рекомендации. Инициировать в хирургическом сообществе обсуждение аспектов наставничества с рассмотрением профессиональных, социальных и юридических вопросов. Определить круг первоочередных задач для разработки доктрины наставничества в хирургии с возможностью ее юридического закрепления через федеральное законодательство и подзаконные ведомственные акты и/или введения в практику в качестве составляющей части профессиональной этики отечественных хирургических школ при реализации национальной стратегии развития хирургии в России, предлагаемой Российским обществом хирургов.

607. Контроль синдрома внутрибрюшной гипертензии и ишемического реперфузионного синдрома у больных с распространенным перитонитом

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

Краснодар

Кубанский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее время большое значение при распространенном перитоните придается абдоминальному компартмент-синдрому и его составляющим - внутрибрюшной (ВБГ) и внутрипросветной кишечной гипертензии, являющихся предикторами полиорганной дисфункции (ПОД) и развития генерализованной абдоминальной инфекции (АС). Снижение ВБГ способствует регрессии нарушений, но сопровождается ишемическим реперфузионным синдромом (СИР), при котором восстановление микрогемодиализации в стенке кишки, способствует увеличению периода нарушения функции кишечника и транслокации инфекции в общий кровоток. Патогенетический подход к терапии ПОД подразумевает профилактику и минимизацию органных повреждений при СИР. Подтверждение взаимосвязи ВБГ с выраженностью СИР и развитием АС остается актуальным. Цель. Изучение динамики синдрома внутрибрюшной гипертензии и ишемического реперфузионного синдрома, обуславливающих абдоминальный сепсис у больных с распространённым перитонитом. Материал и методы. Изучено течение заболевания у 136 больных с распространенным гнойным перитонитом. Ретроспективная оценка тяжести течения инфекции проводилась в соответствии с базовыми позициями «Sepsis-3». Внутрибрюшное давление контролировалось системой Uno Meter Abdo Pressure® Kit. Выделено 4 группы пациентов по уровню внутрибрюшной гипертензии (WSACS). Распределение пациентов в группах: первая группа 23 (16,9%) пациента с 1 степенью ВБГ и легкой степенью СИР, вторая группа 39 (28,7%) больных со 2 степенью ВБГ и средней степенью СИР, третья группа 47 (34,6%) пациентов с 3 степенью ВБГ и тяжелой степенью СИР, четвертая группа с 4 степенью ВБГ и крайне тяжелой степенью СИР - 27 (19,8%) больных. Степень тяжести полиорганной дисфункции (ПОД) оценивали по шкалам qSOFA, SOFA, APACHE II и Мангеймскому

индексу перитонита. В качестве маркера развития СИР и АС использовали показатели концентрации сывроточного лактата (ЛКТ) периферической крови, которые определяли хроматографическим методом. Результаты. По мере нарастания ВБГ прогрессировали висцеральные нарушения кровообращения, что связано с последующим восстановлением перфузии внутренних органов и тяжелыми изменениями метаболизма, от легкой до крайне тяжелой степени СИР. Во второй группе пациентов, показатели шкалы qSOFA указывали на присутствие генерализованного инфекционного процесса, однако это не означало перспективы констатации сепсиса после операции в 3 и 4 группах (n=74), абдоминальный сепсис был у 47 пациентов, у 27 пациентов был септический шок. Внутривнутрибрюшная гипертензия снижалась у 29 пациентов назоинтестинальной интубацией, у 45 пациентов декомпрессионной лапаростомией. СИР развился в 58,6% и в 48,9% случаев соответственно. Динамика уровня ЛКТ крови и ПОД была более продуктивна у больных с лапаростомией. Летальность составила 17,2% и 15,6% соответственно. Заключение. У больных с распространенным гнойным перитонитом и абдоминальным компатмент-синдромом, по мере снижения внутривнутрибрюшной гипертензии, возникают проявления синдрома «ишемии-реперфузии». Тяжесть реперфузионных нарушений при перитоните зависит от степени выраженности внутривнутрибрюшной гипертензии и внутрикисечной гипертензии, сроков их существования, способа и скорости декомпрессии брюшной полости и кишечника. Прогрессирование абдоминального сепсиса и отрицательная динамика синдрома «ишемии-реперфузии» в послеоперационном периоде у больных с распространенным перитонитом увеличивает летальность.

608. Новые технологии профилактики развития гипертрофических рубцов у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей конечностей

Степанов Д.А., Серпионов С.Ю., Степанова З.Е., Красенков Ю.В., Татьянченко В.К., Эдилов А.В., Богданов В.Л.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность исследования. В последние годы широкое внимание в литературе привлекает к себе возможность использования противорубцовой терапии при различных патологических состояниях в косметических целях. В лечении различного рода воспалительных процессов конечностей, в том числе флегмон, количество подобных работ ограничено и результаты их противоречивы. Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с глубокими флегмонами конечностей путем использования оригинальной методики противорубцовой терапии в послеоперационном периоде. Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 133 больных, из них 68 больных с флегмоной верхних конечностей (кисть, предплечье, плечо) и 65 больных с флегмон нижних конечностей (стопа, голень, бедро). Больные были разделены на две клинические группы. В первой, контрольной (66 пациентов) после вскрытия флегмоны с использованием известных технологий в послеоперационном периоде противорубцовая терапия не проводилась. Во второй группе, основной (67 пациентов) осуществляли вскрытие и дренирование полости флегмоны, как и в I группе. В послеоперационном периоде у больных определяли группу риска к избыточному рубцеобразованию и проводили его профилактику по оригинальной методике (Федеральный патент РФ №2587972). Была исследована ацетилирующая способность организма. Результаты. У всех оперированных больных ранний послеоперационный период протекал гладко, без развития осложнений гнойно-воспалительного характера. В отдаленные сроки (от 6 мес. до 1 года) у больных первой клинической группы деформирующие рубцы в зоне операции выявлены в 31,8% (21 больной). По результатам проведенных исследований в основной группе, была сформирована подгруппа риска развития избыточного рубцеобразования, включающая 5

пациентов, которым была показана противорубцовая терапия в послеоперационном периоде. При применении комплексного метода лечения у 58 больных удалось добиться заживления послеоперационных ран мягким эластическим рубцом в 46 случаях (95,8%). Выводы. Предложенная лечебно-диагностическая терапия позволяет предупредить развитие избыточного рубцеобразования после операций по поводу глубоких флегмон конечностей.

609. Хирургическая тактика лечения больных с инфицированным панкреонекрозом

*Кунафин М.С. (1), Хунафин С.Н. (1),
Ахмеров Д.Р. (2), Галеев Р.З. (2).*

Уфа

- 1) ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
- 2) ГБУЗ РБ ГКБ №18 Уфа.

Актуальность. За 2017г в хирургическом отделении ГКБ №18 с диагнозом острый панкреатит находился на лечении 61 больной. У большей части (80.3%) лечение ограничилось консервативной терапией, а у 12 (19.7%) пациентов с деструктивными формами панкреатита, проведено оперативное вмешательство. Летальный исход в 3-х случаях. Смертность от осложнений панкреонекроза составила 25% от количества оперированных больных (4.9% от общего числа панкреатитов). Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения у больных с деструктивным панкреатитом. При поступлении оценка тяжести состояния больных производилась по выраженности интоксикации, выраженности болевого синдрома, наличия перитонеальных знаков, на основе результатов лабораторных данных, данных УЗИ ОБП, компьютерной томографии. При наличии трудности в диагностике, клинике перитонита, ставились показания к проведению лапароскопии. Показаниями к лапаротомии являлись: инфицирование и распространенность процесса по забрюшинной клетчатке; неэффективность комплексной консервативной терапии в течении 3-4 дней. Оперативное лечение заключалось в срединной

лапаротомии, ревизии органов брюшной полости. В случае панкреонекроза рассекалась капсула поджелудочной железы, с освобождением передней поверхности поджелудочной железы. При наличии инфицирования забрюшинной клетчатки производится одно- или двухсторонняя люмботомия. Для разгрузки желчевыводящих путей накладывалась холецистостома или производилась холецистэктомия с холедохотомией и дренированием холедоха (при желчнокаменной болезни). Брюшная полость санировалась; проводилась дренирование, формирование оментобурсостомы и/или люмбостомы. Оментобурсостомия и люмбостомия позволяет вести визуальный осмотр поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с целью контроля адекватности лечебных мероприятий и прогнозирования течения заболевания. Санации выполнялись под эндотрахеальным или внутривенным наркозом: сальниковая сумка, люмбостома обильно промывались растворами антисептиков. Проводилась ревизия раневой поверхности, гнойников, некрсеквестрэктомия. Каждому больному проведено от 3 до 6 плановых санаций сальниковой сумки и забрюшинных пространств. В послеоперационном периоде при панкреонекрозе наблюдались следующие осложнения: 1. Кровотечения из арозированных сосудов поджелудочной железы до 30% случаев. Накладывались гемостатические швы или методом тугой тампонады. 2. Перфорация ободочной кишки в полость оментобурсостомы (1 случай). С целью отключения толстой кишки наложена илеостома. Кишечный свищ самостоятельно закрылся через 3 недели после илеостомии. 3. Острые язвы желудка и 12перстной кишки с кровотечением (1 случай). На ФГДС на 4е сутки после операции язва луковицы 12перстной кишки и множественные эрозии желудка. 4. Некроз стенки культи 12перстной кишки (состояние после резекции по Бильрот2). Проводилась лапаротомия с дренированием культи 12-ти перстной кишки. В последствии развился сепсис, полиорганная недостаточность. Причиной смерти 3х больных с инфицированным панкреонекрозом стали тяжелые осложнения и полиорганная недостаточность. Выводы: 1. Тактика ведения больных с острым панкреатитом сложна и требует индивидуальный подход к каждому пациенту. 2. Усовершенствованная тактика оперативного вмешательства с применением «открытого» способа дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки с выполнением некрсеквестрэктомии в «программируемом» режиме является эффективным способом хирургического лечения инфицированного

панкреонекроза. 3. Следует учитывать риски послеоперационных осложнений и принимать меры по их предотвращению и устранению.

610. Экономическая эффективность плановой склеротерапии варикозного расширения вен пищевода

*Михайлова С.А., Ситникова О.Ю., Леонова Т.С.,
Котельников О.А., Нусратов М.И.*

Челябинск

ГБУЗ «Областная клиническая больница №2»

Актуальность. Последние годы отмечается рост числа больных с портальной гипертензией преимущественно за счёт увеличения заболеваемости вирусными и алкогольными циррозами печени. Как следствие, увеличивается число кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП). Экономическое значение кровотечений из ВРВП определяется неоднократно и, как правило, частыми их рецидивами при неминуемом прогрессировании портальной гипертензии без хирургического лечения, а также немалой стоимостью лечения пациентов с уже развившимся кровотечением. Цель. Оценить экономическую эффективность выполнения склеротерапии ВРВП в плановом порядке как профилактики рецидивов кровотечения из вен пищевода у больных с портальной гипертензией. Материалы и методы. Проведён анализ лечения 69 пациентов за 2016-2017 гг. в хирургическом отделении ГБУЗ «ОКБ №2». Все пациенты разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, поступившие в плановом порядке на склеротерапию (41 человек), во вторую – 28 человек, поступивших по экстренным показаниям с кровотечением из ВРВП. В качестве эндоскопического гемостаза у всех пациентов применялся метод склерозирования вен пищевода и желудка. Каждому пациенту выполнялось от 1 до 9 сеансов склеротерапии. За указанный период нами были выполнены 152 процедуры склерозирования ВРВП. Из них 110 процедур выполнялись в плановом порядке с превентивной целью, а 42 процедуры проводились в экстренном и отсроченном порядке у больных, поступивших с

клиникой гастродуоденального кровотечения. Пациентам, поступающим в плановом порядке, за одну госпитализацию проводилось по 2 сеанса склеротерапии, за каждый из которых склерозировалось по 2 вены, либо однократный сеанс со склерозированием 3 стволов. В качестве склерозанта использовали 1% этоксисклерол. Применения общей анестезии не требовалось. Средняя продолжительность госпитализации – $4,2 \pm 1,8$ суток. Большинству пациентов был рекомендован повторный курс через 2-3 месяца. Всем пациентам второй группы, поступившим по экстренным показаниям с клиникой желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), выполнялась ЭГДС с целью уточнения диагноза и возможного выполнения эндоскопического гемостаза. При невозможности выполнения или его неэффективности устанавливался зонд Блэкмора-Сенгстакаена, а повторная ЭГДС со склеротерапией выполнялась в отсроченном порядке. Каждому пациенту, поступившему с клиникой ЖКК, выполнены стандартные клиничко-лабораторные анализы; общий анализ крови с акцентом на эритроциты и гемоглобин выполнялся неоднократно. Проводилась стандартная гемостатическая терапия: этамзилат, транексам, викасол. Переливалась эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма. Восемью больным (28.6%) проводилось лечение в ОРИТ и составило в среднем $2,1 \pm 0,7$ суток. Средняя продолжительность госпитализации – $8,4 \pm 3,1$ суток. Результаты и обсуждение. Нами была подсчитана средняя стоимость консервативного лечения пациентов с ВРВП, поступивших в плановом порядке на склеротерапию, и пациентов, поступивших экстренно с клиникой развившегося кровотечения, также была определена стоимость консервативного лечения ЖКК без применения склерозирования. Затраты на госпитализацию пациентов для плановой склеротерапии составили $16676,08 \pm 4831,12$ руб., тогда как на лечение пациентов с кровотечением из вен с применением склерозирования – $45797,23 \pm 8341,5$ руб., без его применения – $28265,17 \pm 1832,75$ руб. Выяснилось, что затраты на лечение пациентов с кровотечением из ВРВП и экстренной склеротерапией не покрываются суммой оплаты КСГ, а превышают её в среднем на 26.5%. Такая разница обусловлена, как правило, тяжестью состояния больных с кровотечением из ВРВП, необходимостью гемостатической, кровезамещающей терапии, переливания препаратов крови, неоднократных клиничко-лабораторных анализов и инструментальных исследований, пребыванием пациентов в ОРИТ и более длительной

госпитализацией. Об эффективности плановой склеротерапии говорит тот факт, что из 41 пациента, которым выполнялась плановая склеротерапия, только 4 пациента поступали в последующем с кровотечениями из ВРВП, причём трём из них не проводились повторные курсы склерозирования. 34 человека поступали в плановом порядке на повторные курсы склеротерапии, не имея при этом рецидивов кровотечения, что позволило медицинскому учреждению избежать затрат на лечение пациентов с ЖКК. Вывод. Применение плановой склеротерапии ВРВП с целью предотвращения рецидивов кровотечения является экономически эффективным методом в консервативном лечении больных с портальной гипертензией.

611. Первый опыт лапароскопической панкреатодуоденальной резекции

*Ефремов А.П.(1), Абдрашитов Р.Р.(1),
Шестопалов С.С.(1), Тарасов А.Н.(2),
Бондаревский И.Я.(1)*

Челябинск

1. Челябинская Областная Клиническая Больница
2. Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет.

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция является одной из сложнейших и травматичных операций в абдоминальной хирургии. Количество больных, с опухолевым поражением ПДЗ, не снижается. Разрабатываются новые направления оптимизации данной операции и пути скорейшей реабилитации больных. Цель: внедрить в практику лапароскопическую панкреатодуоденальную резекцию. Материалы и методы. За 2017 год выполнено 3 лапароскопических панкреатодуоденальных резекции (ЛПДР). Все 3 пациентки – женщины, средний возраст 64,4 +/- 2 года. Пациентки поступали в клинику с механической желтухой, общий билирубин до 169 ммоль/л. Первым этапом выполнена разгрузка билиарного дерева: у 2 больных выполнено стентирование холедоха, одной выполнено дренирование холедоха из мини доступа. При стентировании холедоха верифицирована опухоль

БДС, у одной больной произведена тонкоигольная пункция головки поджелудочной железы под контролем УЗИ, верифицирована нейроэндокринная опухоль головки поджелудочной железы. Одна больная оперирована без верификации диагноза, на основании данных СКТ. По итогам обследования получили следующие варианты стадий опухоли: T2N0M0, T3aN1M0, T3N1M0. После нормализации билирубина выполнена ЛПДР, под интубационной анестезией, с эпидуральной аналгезией. Операции выполнены на оборудовании и с помощью инструментов Карл Шторц. Стандартно использовали 5 троакарный доступ: 2 троакара 10 мм, 3 троакара 5 мм. Вход осуществлялся на 11 часах над пупом, после наложения пневмоперитонеума расставляли остальные троакары. Для мобилизации комплекса использовали ультрозвуковые ножницы Гармоник, с их помощью пересекали и поджелудочную железу, до протока, а проток пересечен «холодными» ножницами. Реконструктивный этап выполняли на одной петле, проведенной во вновь сформированном окне брыжейки толстой кишки. Панкреатоэнтеростомия - инвагинационный однорядный анастомоз конец в бок, шовный материал – викрил 3-0. Гепатикоенуостомия конец в бок, шовный материал – ПДС 4-0. В одном случае выполнена органосохраняющая операция: наложен дуоденоенуоанастомоз. У 2 больных – резекция желудка, аппаратный гастроэнтеро анастомоз. Продолжительность операций – 6 часов 25 минут +/- 30 минут. Кровопотеря в пределах 300 мл, гемотрансфузия не проводилась. Послеоперационный период протекал гладко, первые сутки больные находились в реанимационном отделении, переведены через 20 часов в отделение, Энтеральную гидротацию через рот начинали через 4-5 часов после операции в объеме 200 мл, после перевода в отделение диету расширяли, явлений диспепсии не отмечено. У одной пациентки открылся наружный, одноканальный, неинфицированный панкреатический свищ, закрылся самостоятельно за время госпитализации. Срок госпитализации – 16 к/дней +/- 4 дня. Больные наблюдаются амбулаторно, от 1 до 6 месяцев, рецидивов и осложнений не отмечено, все получают химиотерапию. По результатам гистологического исследования – высокодифференцированная аденокарцинома БДС, низкодифференцированная аденокарцинома головки поджелудочной железы, нейро-эндокринная опухоль головки поджелудочной железы. В препаратах обнаружены от 11 до 15 лимфоузлов, в 2 случаях с ростом опухоли.

По линиям резекции роста не было. Обсуждение. Панкреатодуоденальная резекция должна выполняться в крупных центрах, обладающих опытом лапароскопических и открытых вмешательств. Поэтапная подготовка и отработка разных этапов операции (гастроэнтеростомия, гепатикоюностомия и др.), на наш взгляд, является обязательной, что сокращает время операции в последствии. Обучение, под руководством опытного модератора, имеющего опыт таких операций лапароскопическим доступом, должно предшествовать, освоение только «своими силами» крайне рискованно, существенно удлиняет время операции. Выводы. Выполнение лапароскопической панкреатодуоденальной резекции в условиях крупной многопрофильной больницы возможно. Данная методика позволяет сократить время лечения больных в реанимационных отделениях, способствует скорейшей реабилитации.

612. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению внеорганных гнойных поражений структур полости таза

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

Краснодар

Кубанский государственный медицинский университет

Актуальность. Забрюшинные флегмоны структур полости таза относятся к редко встречающимся, но тяжелым видам гнойно-септических поражений. В основе процесса лежит восходящее или нисходящее лимфогенное и/или гематогенное инфицирование лимфатических узлов, расположенных в подвздошно-поясничной мышце и тазовой жировой клетчатке. Частота развития этой патологии растёт, а летальность достигает 16-19%. Алгоритмы диагностики, хирургической тактики, и хирургические доступы недостаточно разработаны, что определяет актуальность проблемы. Цель. Выявить особенности клинического течения, информативность способов инструментальной диагностики и эффективность современных методов лечения у больных с забрюшинными гнойно-септическими процессами в полости таза. Материал и методы. Изучены клинические

проявления, особенности течения, диагностики и хирургического лечения тазовых флегмон у 51 пациента. Мужчин было 27 (52,9%), женщин 24 (47,1%). Средний возраст больных составил $40,6 \pm 7,8$ года. Гнойно-септический процесс у 34 (66,7%) пациентов был обусловлен илиопсоитом, в 7 (13,7%) случаях выявлены забрюшинные флегмоны тазовой клетчатки, в 10 (19,6%) наблюдениях имело место распространение гнойно-септического процесса по паравазальным клетчаточным пространствам. Обследование больных включало обзорную рентгенографию органов брюшной полости и полости таза, поясничного отдела позвоночника, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ). Оценка тяжести состояния больных проводилась по интегральной шкале Apache II (от 0 до 18 баллов). Выделение и культивирование возбудителей гнойно-септического процесса проводилось по стандартным методикам. Результаты. Гнойный илиопсоит выявлен в 34 наблюдениях. Верхний илиопсоит с локализацией процесса в поясничном отделе мышцы выявлен у 11 (32,4%) пациентов, нижний, с локализацией очага поражения в подвздошной части мышцы у 16 (47,1%) больных. Поражение всей подвздошно-поясничной мышцы отмечено в 5 (14,7%) случаях. У 2 (5,8%) пациентов диагностирована локализация гнойного очага под подвздошно-поясничной мышцей. Гнойно-некротическое поражение подвздошно-тазовой забрюшинной клетчатки у 10 (19,6%) пациентов, страдающих парентеральной наркоманией, было обусловлено распространением инфекционного процесса по паравазальной клетчатке. Причинами развития флегмон забрюшинной тазовой клетчатки у 7 (13,7%) больных служили остеомиелит поясничных позвонков и костей таза, паранефрит и параколит, а также гангрена Фурнье. У 24 (47,0%) пациентов с показателями шкалы Apache II от 4 до 7 баллов состояние оценено, как средней тяжести, у 18 (35,3%) больных (8–11 баллов), как тяжелое, 6 (11,8%) больных (12–13 баллов), как очень тяжелое и у 3 (5,9%) (14–16 баллов) - крайне тяжелое. Сепсис и септический шок констатирован у 15 пациентов (29,4%). При бактериологическом исследовании преобладала анаэробная неклостридиальная микст-инфекция. У 19 (37,2%) больных с выявленными жидкостными скоплениями в толще подвздошно-поясничной мышцы произведена попытка миниинвазивного лечения. У 15 (78,9%) пациентов дренирование оказалось малоэффективно, что заставило выполнить открытую операцию. В остальных случаях, после установления диагноза, больным выполнялось дренирование гнойно-септического очага в

экстренном порядке. из внебрюшинного доступа по Н.И.Пирогову. Результаты. миниинвазивного лечения флегмон забрюшинной тазовой жировой клетчатки были более предсказуемы. Пункционное дренирование под контролем УЗИ выполнено у 9 больных и оказалось эффективным в 6 (66,7%) случаях. Заключение. Хирургическая тактика, основанная на объективных критериях современных методов лучевой диагностики и использование мультидисциплинарного подхода, позволяют улучшить результаты хирургического лечения больных с внеорганными гнойными поражениями структуры полости таза.

613. Эхинококкоз печени и лапароскопический доступ: как не нарушить каноны хирургии?

Хамидов М.А., Магомедов М.П., Гасанов Х.М.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница ФКУЗ "Медсанчасть МВД РФ по РД"

Эхинококкоз печени (ЭП) является распространенным паразитарным заболеванием, представляет серьезную социальную, медицинскую и экономическую проблему. В последнее десятилетие в некоторых регионах отмечается рост этой патологии, расширение географических границ болезни (Ахмедов И.Г., 2016). В настоящее время применяются следующие подходы к лечению эхинококкоза печени: открытый (традиционный) доступ, лапароскопические технологии, пункционный способ и консервативное лечение. Принципами лечения или канонами хирургии эхинококкоза являются: апаразитарность и антипаразитрность (Вафин А.З., 1983); ликвидация остаточной полости; выявление и ликвидация цистобилиарных свищей при «открытой эхинококкэктомии»; противорецидивная терапия. Противопоказаниями к лапароскопической эхинококкэктомии печени (ЛЭЭП) являются: локализация в I сегменте печени, полное внутривнутрипеченочное расположение кист, осложненный эхинококкоз. Обобщен и проанализирован опыт лечения 100 больных с эхинококкозом печени, в возрасте 14 – 68 лет,

которым была выполнена ЛЭЭП в период с 1996 по 2017 годы. Паразит преимущественно локализовался в правой доле печени (V, VI, VII, VIII сегменты), размеры кист варьировали от 4 до 14,2 см. Современные лапароскопические технологии позволяют достаточно эффективно выполнять «закрытые эхинококкэктомии» в виде резекций печени и перицистэктомий. Мы считаем, что они больше показаны при краевом расположении цист (4 больных). В подавляющем большинстве случаев мы выполняем лапароскопическую «открытую эхинококкэктомию», но с соблюдением разработанных нами технических принципов ЛЭЭП (2001). К ним относятся: ограничение зоны операции салфетками, смоченными сколексоцидными препаратами; апаразитарная пункция гидатид; двухкратная антипаразитарная обработка содержимого кист; безопасное извлечение содержимого кистозной полости; диагностическая и лечебная эндовидеоскопия остаточной полости печени, адекватная ликвидация остаточной полости печени (метод выбора – абдоминализация). Следование этим принципам позволило нам соблюсти основные каноны хирургии цистного эхинококкоза. Мы получили следующие результаты лечения: летальных исходов не было; средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 58 минут; средний койкодень – 6,5 дней. Имели место 2 случая инфицирования остаточной полости печени, у 3 больных имелось незначительное желчеистечение по дренажу, 2 конверсии, 2 рецидива. Вывод. При правильном отборе больных и соблюдении канонв хирургии лапароскопический доступ является методом выбора лечения больных с цистным эхинококкозом печени.

614. Возможности применения миниинвазивных эндоскопических вмешательств в лечении наружных свищей поджелудочной железы.

Степан Е.В., Иванов П.А., Гришин А.В., Рогаль М.Л., Агаханова К.Т., Миронов А.В., Тетерин Ю.С.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность исследования. Причиной развития наружных свищей поджелудочной железы (НСПЖ) является повреждение протоковой системы в ходе отторжения некротизированных участков паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) или при ее механическом повреждении с образованием дефекта стенки Вирсунгова протока (ВП) или протоков 1 и 2 порядка. НСПЖ, как правило, возникают после операций по поводу травмы и заболеваний ПЖ. С внедрением в широкую хирургическую практику миниинвазивных эндоскопических вмешательств и манипуляций оценка возможности их применения в ходе лечения НСПЖ является актуальной. Материал и методы. С 1998 по 2016 гг. наблюдали 98 пациентов с НСПЖ, что составило 2,32 % от общего количества больных с заболеваниями и травмой ПЖ. Мужчин было 74 (75,5%), женщин 24 (24,5%), средний возраст пациентов составил 43 (30; 50) года. Диагностическим критерием НСПЖ являлось превышение активности амилазы в жидкости, поступающей по свищевому ходу, по сравнению с активностью амилазы сыворотки крови, и данные фистулографии. При отсутствии контрастирования протока особенности его морфологического строения оценивали по результатам компьютерной и магнитно-резонансной томографии, динамической гепатобилисцинтиграфии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). ЭРХПГ выполнена у 19 пациентов с диагностической и лечебной целью. По результатам лучевых методов визуализации ВП оценивали его диаметр, наличие и протяженность стриктур, скорость эвакуации контрастного вещества, выявляли дефекты заполнения, наличие и локализацию дефекта стенки протока, сообщение протока с псевдокистой, а при полном перерыве – размер и характер разобщения концов. Результаты. Выбор метода лечения НСПЖ зависел от связи свища с протоковой системой ПЖ и состояния ВП. При прямой связи свища с проходимым ВП или при наличии несформированной промежуточной полости между

свищем и протоком ПЖ у 68 из 98 (69,4%) эффективным было консервативное лечение. Его основным компонентом являлось медикаментозное подавление экзосекреторной функции железы с использованием октреотида в суточной дозе 900 мкг в течение 5-14 дней. При нарушении транспорта панкреатического секрета в области большого дуоденального сосочка в связи с папиллостенозом, что наблюдалось у 10 (10,2%) больных, выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, что также привело к закрытию свища. При наличии стриктуры или бокового дефекта ВП в области головки или тела ПЖ, что было установлено у 9 (9,1%) больных, было выполнено эндоскопическое стентирование ВП с заведением стента за зону стеноза или дефекта протока. Замену стента производили каждые 4 месяца вплоть до восстановления проходимости ВП. Свищи в этой группе закрылись в среднем через 18 (7; 48) дней после манипуляции, однако уже на следующие сутки после вмешательства количество отделяемого секрета снижалось до минимального. При сообщении НСПЖ с ВП через сформированную псевдокисту ПЖ с ригидными стенками у 3 (3,1%) пациентов была эффективна эндоскопическая гастроцистостомия. Важным условием закрытия НСПЖ является комбинация миниинвазивных вмешательств с антисекреторной терапией. Приведенные методы лечения не привели к закрытию НСПЖ у 8 (8,2%) пациентов при значительном разобщении дистальной и проксимальной частей ВП, когда было невозможно закрыть дефект протока или устранить диастаз его концов методом стентирования. Этим больным были выполнены открытые хирургические вмешательства. Выводы. 1. Миниинвазивные эндоскопические вмешательства в комбинации с консервативной терапией с использованием дифференцированных показаний к их применению позволяют в 91,8% наблюдений достичь закрытия НСПЖ. 2. Значительное разобщение дистальной и проксимальной частей ВП требует открытого хирургического вмешательства.

615. Прогнозирование осложнений после операций при раке молочной железы*Федоров В.Э., Чебуркаева М.Ю.*

Саратов

СГМУ им. В.И. Разумовского

Актуальность Рак молочной железы (РМЖ) является глобальной проблемой здравоохранения всего мира. Несмотря на значительный прогресс в хирургическом лечении РМЖ, показатели послеоперационных осложнений остаются на высоком уровне, что может быть связано с несовершенством способов оценки риска их возникновения. Материалы и методы На кафедре хирургии и онкологии института дополнительного профессионального образования Саратовского государственного медицинского университета, базирующейся в отделении онкологии ДКБ г. Саратова проведен проспективный анализ заболеваний у 99 больных, оперированных по поводу РМЖ: с сентября по декабрь 2016 г. Возраст пациенток составлял в среднем $57,7 \pm 1,2$ года. Самым распространенным сопутствующим заболеванием у обследуемых являлся атеросклероз и различные его проявления - у 65 (65,7 %), сахарный диабет - у 10 (10,1 %) женщин, ожирение II-III степени - у 20 (20,2 %) больных и варикозная болезнь - у 20 (20,2 %) женщин (острые тромбозы в них не вошли). У 53 (53, 5%) женщин отмечено сочетание двух и более сопутствующих заболеваний. Наиболее частым вмешательством, была мастэктомия (МЭ) Маддена - у 74 (74,7 %). Квадрантэктомия с лимфодиссекцией выполнена 25 (25,3 %) больных. При морфологическом исследовании препаратов удаленных опухолей молочной железы чаще всего диагностировалась инфильтрирующая протоковая форма РМЖ встречающаяся у 59 (59,6 %) женщин, рак с преобладанием внутрипротокового компонента - у 21 (21,2 %) женщин и инфильтрирующий дольковый рак - у 19 (19,2 %) женщин. У больных РМЖ после хирургического вмешательства выявлены местные осложнения - у 20 (20,2 %) больных, подразделяющиеся на кровотечения - у 3 (3,03%), лимфоцеле - у 11 (11,11%) и гнойно-воспалительные процессы - у 6 (6,06 %) женщин. Общие осложнения - у 2 (2,02%) больных, подразделяющиеся на ТЭЛА - у 1 (1,0%) и инфаркт миокарда - у 1 (1,0%) больных. Всего осложнений выявлено - у 22 (22,2%) больных. В клинике проведена характеристика основных

факторов риска послеоперационных осложнений путем анализа значимых клинических, биохимических, иммунных признаков, изменений гемокоагуляции, перекисного окисления липидов, уровня онкомаркеров и VEGF в крови до оперативного вмешательства по поводу РМЖ. При помощи математического моделирования на основе регрессионного и дискриминантного анализов выявлены 23 предиктора послеоперационных осложнений. Для эффективного прогнозирования послеоперационных осложнений после радикальной МЭ разработан и апробирован алгоритм оценки их риска при помощи компьютерной программы, имеющей название «тест послеоперационных осложнений» (ТПО), включающую 23 признака. Обсуждение. При применении ТПО достоверных различий между прогнозом осложнений и действительных случаев осложнений не получено. В целом качество прогноза по всем осложнениям (тромбофилии, кровотечения, гнойно-воспалительные процессы, лимфоцеле) составляло от 75 до 85,3% и коэффициент ошибки аппроксимации от 9,6 до 18,3, что соответствует высокому уровню. Выводы: 1. Для дооперационного определения риска развития послеоперационных осложнений эффективен тест послеоперационных осложнений в виде компьютерной программы. 2. Результативность работы ТПО высокая и она проверена трижды математическими методами - методом сравнения достоверности отличий относительных величин по П.Л. Чебышеву, методом вычисления качества прогноза и по вычислению ошибки аппроксимации, которые показали точность его работы.

616.Эффективность применения лечебной видеоторакоскопии при посттравматическом свернувшемся гемотораксе

Саркисян В.А., Чубарян К.А., Хатламаджиян А.Г.

Ростов-на-Дону

МБУЗ "Городская БСМП г.Ростова-на-Дону"

Актуальность проблемы. По данным различных авторов встречаемость свернувшегося гемоторакса при травмах грудной клетки достигает от 10 до 25 %. Диагностика и лечение свернувшегося гемоторакса в большинстве случаев затруднены, в результате чего остается актуальной задача своевременной диагностики и малотравматичной хирургической помощи. Цель работы: Анализ эффективности применения видеоторакоскопии при лечении свернувшегося гемоторакса. Материал и методы: В травматологическом отделении №2 МБУЗ ГСМП г.Ростова-на-Дону в период с 2014 по 2017гг. нами пролечено 49 пострадавших с травмами грудной клетки, осложненными развитием свернувшегося гемоторакса. Им всем была выполнена лечебная видеоторакоскопия. В исследуемой группе у 19 (38,8%) пострадавших свернувшийся гемоторакс явился следствием проникающих ранений грудной клетки, у 30 (61,2%) пострадавших – закрытой травмы. Среди них лиц мужского пола - 36 (73,4%), женского – 13 человек (26,6%), 38 человек (77,6%) – лица трудоспособного возраста. 20 человек (40,8%) обратились в стационар в первые 6 часов, 12 человек (24,5%) в первые 6-24 часа и 17 человек (34,7%) в сроки более 1 суток с момента травмы. Всем пострадавшим выполнен комплекс обязательных для первичных диагностических мероприятий. «Золотым стандартом» диагностики (при условии стабильной гемодинамики пострадавшего) является СКТ грудной клетки. По данным СКТ свернувшийся гемоторакс можно классифицировать (по Абакумову) на локальный - был отмечен у 20 (40,8%) пострадавших, плащевидный - у 19 (38,8%), тотальный у 3 (6,1%) и фрагментарный у 7 (14,3%) пострадавших. Результаты работы и обсуждения. Всем 49 пострадавшим произведена видеоторакоскопия, удаление свернувшегося гемоторакса, с обязательным разделением всех плевральных спаек и швартов, освобождением междолевых борозд, для обеспечения максимального расправления легкого. В сроки до 5 суток, т.е в стадии формирования (по Ковальчуку) прооперировано 25 (51%) пострадавших. Сгустки

крови фрагментированы при помощи наконечника отсоса, путем промывания под давлением растворами антисептиков, удалены при помощи электроотсоса или эндоскопических зажимов. Спайки разделены тупым путем, освобождены междолевые борозды. Остановка кровотечения из межреберных сосудов или ткани легкого выполнена в 10 (20,4%) случаях. У 3 (6,1%) больных произведена конверсия, по причине невозможности обеспечения полноценного гемостаза в ходе торакоскопии. В стадии организации (с 5 по 30 сутки) было прооперировано 19 (38,8%) больных. Плевральные спайки разделены тупым и острым путем, сгустки крови фрагментированы с помощью зажимов и биопсийных щипцов. У 8 (16,3%) пострадавших произведена декорткация нижней доли легкого. В стадии нагноения и развития эмпиемы плевры (срок от 15 до 60 суток) прооперировано 3 (6,1%) пострадавших с локальной формой свернувшегося гемоторакса, выполнен адгезиолизис, фрагментация и удаление нагноившихся сгустков крови, фибринозных наложений, декорткация нижней доли, частичная плеврэктомия, налажена промывная система с активной аспирацией. В стадии фибротракса (по прошествии более 60 суток) прооперирован 2 (4,1%) пострадавший со стойким ателектазом легкого. Произведен адгезиолизис, частичная декорткация легкого, удаление организованного плотного сгустка крови. У 47 пациентов (96,0%) послеоперационный период протекал гладко. В большинстве случаев (91,2%) плевральные дренажи удалены на 3-5 сутки. Средние сроки стационарного лечения составили 13 суток. У 1 (2,0%) пациента отмечался стойкий экссудативный плеврит, купированный консервативно на 10-11 сутки. Летальный исход отмечен у 1 (2,0%) пациента пожилого возраста с двухсторонними флотирующими переломами ребер, повреждением обоих легких прооперированного в стадии нагноения. Выводы. Лечебная видеоторакоскопия является обоснованно эффективным и малотравматичным методом санации плевральной полости на всех стадиях развития свернувшегося гемоторакса у пострадавших с травмами грудной клетки.

617.Ультрасонография с доплерометрией при язвенном колите

*Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В.,
Гайнутдинов Ф.М., Хакимова Р.Р., Суфияров Р.Р.,
Эйбов Р.Р., Аминова Э.М.*

Уфа

Ибатуллин А.А. (1), Тимербулатов М.В. (1),
Гайнутдинов Ф.М. (1), Хакимова Р.Р. (2),
Суфияров Р.Р. (2), Эйбов Р.Р. (2), Аминова Э.М. (2)
1) ГБОУ ВО БГМУ, 2) ГБУЗ РБ ГКБ 21.

Актуальность. Диагностика язвенного колита в настоящее время не вызывает затруднений в большинстве случаев. Золотым стандартом среди инструментальных методов диагностики является фиброколоноскопия. Однако данный метод не всегда применим у тяжелой категории больных, грозит развитием осложнений и не всегда информативен ввиду невозможности адекватно подготовить кишку к исследованию. В данном контексте альтернативным или дополнительным методом диагностики может выступать ультразвуковое исследование с доплерографией. Цель исследования. Определить место ультрасонографии в выборе хирургической тактики ведения пациентов страдающих тяжелыми формами язвенного колита. Материал и методы. В клинике колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы в последние годы у больных страдающих тяжелыми формами язвенного колита в комплекс инструментальной диагностики включена ультрасонография органов брюшной полости с предметным изучением состояния кишечника. Критерием включения стали пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство по поводу язвенного колита. Исследование проводилась до и после колэктомии, после проктэктомии с формированием тонкокишечного резервуара и выполнения восстановительной операции. Кроме общепринятых параметров ультразвукового исследования оценивались состояние стенки кишки, наличие кровотока и степень васкуляризации. Исходя из этих данных оценивались эффективность проводимой терапии и возможность выполнения последующих этапов оперативного лечения у больных язвенным колитом. Результаты и их обсуждение. При оценке полученных результатов при ультрасонографии с дуплексным сканированием выявлялись утолщение стенки пораженной кишки, понижение её эхогенности, отсутствие дифференцировки на слои,

усиление артериального и венозного кровотока. В последующем наблюдались постепенное уменьшение толщины стенки кишки, повышение ее эхогенности, снижение степени васкуляризации и скоростных показателей, что свидетельствовало о снижении воспалительного процесса и готовности пациента к следующему этапу хирургического лечения. Выводы и рекомендации. Ультрасонография с дуплексным сканированием является безопасным, не инвазивным и информативным исследованием, которое можно рекомендовать включить в комплекс инструментальной диагностики больных тяжелыми формами язвенного колита. Данное исследование позволяет проводить инструментальный мониторинг и помогает выбрать правильную хирургическую тактику ведения пациентов. Выполнение ультрасонографии с дуплексным сканированием у больных язвенным колитом требует проведения соответствующей подготовки врачей функциональной диагностики.

618.Диагностические ошибки на догоспитальном этапе у больных с сосудистой патологией

*Сорока В.В., Нохрин С.П., Рязанов А.Н.,
Белоусов Е.Ю., Петривский С.В., Ммагамедов И.Д.,
Малиновский Ю.П.*

Санкт-Петербург

НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе

Цель: Оценка качества диагностики больных с сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, поступивших и обследованных в НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе в отделение экстренной медицинской помощи с предварительным сосудистым диагнозом направления с 2016 по 2017 гг. Особенностью работы стационара по оказанию скорой медицинской помощи является круглосуточный многопрофильный прием больных и пострадавших, в том числе с патологией сосудистой системы. Методом случайной выборки проанализировано истории болезней 358 человек, поступивших в приемное отделение экстренной медицинской

помощи в адрес дежурного сосудистого хирурга. В результате анализа выявлено, что среди госпитализированных преобладали женщины 63% (n=226), мужчины было 37% (n=132). Возраст варьировался от 19 до 94 лет. Средний возраст пациентов составил 64,3 года. Преобладали лица пожилого возраста. Среднее количество обращений в адрес дежурного сосудистого хирурга составляло 13 человек в сутки. Результаты: Общеизвестно, что успех лечения особенно в неотложной сосудистой хирургии во многом зависит от своевременного и правильного установленного диагноза. К сожалению, в практике скорой медицинской помощи нередко встречаются досадные неточности, многократные повторения которых заставляют трактовать их как типичные ошибки при оказании неотложной помощи больным на догоспитальном этапе. Отмечено, что в 74% случаев не требовалась госпитализация. Наиболее часто дефекты диагностики имели место при выявлении отека конечности в связи с чем на первом месте диагноз, который выставляли врачи скорой медицинской помощи являлся тромбоз глубоких вен нижних конечностей 71% (n=254). Диагноз тромбоза глубоких вен подтвержден только в 22% случаев. Отмечено, что в этой группе пациентов наиболее часто встречались диагностические ошибки (ДДЗП. Остеохондроз - 29%, артрозы, артриты - 27%, рожистое воспаление - 15%, травма мышц голени - 13%, флегмона - 9%, лимфангиит - 5, переломы костей - 2%). Патология поверхностных вен является второй по частоте выставляемых догоспитальных диагнозов и верифицируется в 82% (рожистое воспаление - 30%, лимфангиит - 27%, варикозное расширение вен без осложнений - 25%, травма конечности - 11%, флегмона - 7%). Процент ошибки при установлении диагноза: острой артериальной недостаточности (тромбоз, эмболия) был незначительным - 87%. Однако, в 12% случаев отмечалась поздняя госпитализация (необратимый характер ишемии конечности). Хроническая артериальная недостаточность (облитерирующий атеросклероз) подтвержден у 76%. Догоспитальный диагноз аневризмы аорты являлся ошибочным только в 19% случаев. Повреждения периферических сосудов встречаются довольно редко и не сложности в постановке правильного диагноза. Выводы: 1. Усовершенствование врачей первичного звена в области сосудистой патологии; 2. Санитарно-просветительная работа с населением, которая будет способствовать более ранней обращаемости пациентов к специалистам.

619. Миниинвазивное лечение острых гнойных лактационных маститов

*Баховадинова Ш.Б., Дзидзава И.И.,
Коваленко Н.А., Ионцев В.И.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Частота острого лактационного мастита (ЛМ) среди родильниц в различных странах находится в диапазоне от 2 до 33% и в среднем составляет – 10%. Распространенность послеродового мастита в Российской Федерации составляет 2–3%, что может быть обусловлено ростом рождаемости, неадекватной профилактикой и лечением в неспециализированных стационарах. ЛМ имеют значительное медицинское и социально-экономическое значение, так как разобщение матери и ребенка на период стационарного лечения и запрет грудного вскармливания до момента купирования острого воспаления являются причиной ухудшения не только соматического, но и психического здоровья. Цель: Оценить результаты миниинвазивного лечения острых гнойных лактационных маститов. Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии ВМедА имени С.М. Кирова в период с 2013 по 2017 гг. пролечены 19 больных с абсцедирующими формами лактационного мастита. Диагностика выполнялась ультразвукографическим методом (УЗИ) с учетом жалоб и общеклинического состояния больных. Лечение заключалось в применении лечебно-диагностических тонкоигольных пункций под УЗ-контролем с аспирацией содержимого и промыванием полости антисептическим раствором и выполнением короткого блока 30–50 мл 0,33% раствора лидокаина, 500 мг ципрофлоксацина, 4 мг дексаметазона. Результаты. Всем больным была выполнена тонкоигольная аспирация гнойного содержимого. В 3 (15,7%) наблюдениях повторная пункция не потребовалась. Уже после первой пункции состояние пациенток улучшалось, болевой синдром купировался, уменьшались отек и гиперемия. В 8 (42,1%) наблюдениях выполнена двукратная пункция и аспирация содержимого, в 4 (21%) – производилась трехкратная пункция, и лишь 4 (21%) случая потребовали более трех пункций. Лечебный процесс с активными лечебными манипуляциями длился от 2 до 11 дней. В послеоперационном периоде пациенткам назначался местно противовоспалительный гель в течение двух недель два раза в день. Хирургическое

лечение не потребовалось ни в одном случае. Динамическое наблюдение через 3 – 6 месяцев не выявило остаточных явлений, деформации молочной железы и рубцовых изменений. Выводы: Предложен эффективный миниинвазивный метод лечения лактационного мастита под контролем УЗИ, который позволяет избежать хирургического лечения с длительным стационарным или амбулаторным пребыванием и продолжением грудного вскармливания, а также сокращает сроки терапии – до 7 суток. Такое комплексное малоинвазивное лечение абсцедирующих форм лактационных маститов в специализированном стационаре под наблюдением врача-маммолога минимизирует травматичность вмешательства, устраняет опасность грубых рубцовых изменений молочной железы с достижением высокого косметического эффекта после лечебных манипуляций, сохраняет хорошее функциональное состояние молочных желез при последующих родах.

620. Лечение липодерматосклероза при хронических заболеваниях вен

Иванов Е.В.

Тюмень

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. Липодерматосклероз — дегенеративно-дистрофические изменения подкожной жировой клетчатки. Морфологически липодерматосклероз относится к лобулярным панникулитам. Он является одним из дерматологических проявлений хронических заболеваний вен (ХЗВ) клинического класса С4 по классификации СЕАР. Типичная локализация этого процесса — медиальная поверхность нижней трети голени. Не являясь опасным заболеванием, липодерматосклероз, тем не менее, снижает качество жизни пациентов, а также может predispose к формированию венозных трофических язв. Традиционное лечение липодерматосклероза, предлагаемое ревматологами, включает применение нестероидных противовоспалительных средств,

глюкокортикостероидов и производных 8-оксихинолина. В ряде случаев применяется хирургическое лечение в виде послойной дерматолипэктомии, особенно при появлении венозных язв. Важнейшим компонентом лечения ХЗВ, независимо от клинического класса, является венотонизирующая терапия. Представляется, что назначение современных системных венотоников может повлиять на течение липодерматосклероза. Материал и методы. Обследовано 40 пациентов (30 женщин и 10 мужчин), страдающих варикозной (32 человека) и посттромботической (8 человек) болезнью, осложнённой липодерматосклерозом голени в хронической форме. В исследование не включались пациенты с липодерматосклерозом и открытой венозной язвой или варикозной экземой. Патологический процесс локализовался на одной конечности. Продолжительность уплотнения подкожной клетчатки была не более 5 лет. В качестве монотерапии пациенты основной группы (20 человек) получали микронизированную очищенную флавоноидную фракцию (МОФФ) в дозе 1000 мг в сутки однократно, а пациенты группы сравнения (20 человек) — диклофенак в дозе 150 мг в сутки. Продолжительность лечения составила 2 месяца. Верификация изменения плотности подкожной клетчатки осуществлялась методом соноэластографии в начале лечения, через 1 месяц лечения, и по его окончании. Результаты. Цветовое картирование соноэластограмм и количественная оценка коэффициента жёсткости показали значительное увеличение плотности подкожной жировой клетчатки в зоне липодерматосклероза, по сравнению с контралатеральной конечностью в начале исследования. Эластичность тканей у большинства пациентов была снижена равномерно; у 8 человек плотность клетчатки в центре зоны поражения была значительно выше, чем по периферии. В процессе лечения коэффициент жёсткости уменьшался, спектр соноэластограмм смещался из синей зоны в сине-зелёную, то есть эластичность тканей увеличивалась. При этом сходные показатели эластичности наблюдались у пациентов основной группы через 1 месяц, а группы сравнения — через 2 месяца. Обсуждение. Сходный клинический эффект, полученный при применении таких различных по химической структуре и механизму действия лекарственных средств как МОФФ и диклофенак в лечении липодерматосклероза, может быть объяснён ролью веноспецифического воспаления не только в ремоделировании венозной стенки и клапанов, но и в индукции подкожной клетчатки. Выводы и рекомендации. Применение МОФФ в лечении липодерматосклероза патогенетически

обосновано, ввиду доказанного действия этого препарата на веноспецифическое воспаление. Назначение МОФФ пациентам с липодерматосклерозом позволяет быстрее достичь улучшения, нежели традиционная противовоспалительная терапия.

621. Диагностика и хирургическое лечение глубокого инфильтративного эндометриоза кишечника

*Галлямов Э.А. (1), Аминова Л.А. (2),
Насырова Н.И. (3), Мурзина А.Г. (2), Алимов В.А. (2)*

Москва

1) ПМГМУ, 2) АО МЕДСИ, 3) ЦКБ ГА

Актуальность: Эндометриоз является распространенным гинекологическим заболеванием. Наиболее сложной для диагностики и лечения проблемой является глубокий инфильтративный эндометриоз (ГИЭ) кишечника. К наиболее частым симптомам относятся диспареуния, хроническая тазовая боль (ХТБ), боли при акте дефекации и кишечные симптомы. Ввиду высокой технической сложности операций по поводу ГИЭ, трудностях в диагностике на предоперационном этапе требуется дифференцированный подход к пациенткам с данным заболеванием. Целью нашего исследования явилась оценка соответствия данных о распространении эндометриоза, полученных на предоперационном этапе и интраоперационно, оценка качества жизни пациенток на до- и послеоперационном этапах. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 616 случаев хирургического лечения по поводу эндометриоза с 1 января 2013 по 31 декабря 2017г. на базе гинекологического отделения клинической больницы №2 Медси. Из них в 142 случаях (23%) выполнялись операции по поводу ГИЭ кишечника: шейвинг прямой кишки (122 случая), иссечение эндометриоидного инфильтрата до подслизистого слоя (12 случаев), дисковидная (5 случаев) и циркулярная (3 случая) резекция кишки. Перед операциями пациенткам проводились ректовагинальный осмотр, УЗИ и МРТ органов малого таза, колоноскопия. У 35 пациенток с ГИЭ

кишечника проводилась субъективная оценка болевого синдрома при диспареунии, ХТБ, болей при акте дефекации. Для измерения интенсивности боли использовался тест субъективной самооценки с применением визуальной аналоговой шкалы, градуированной от 0 (полное отсутствие боли) до 10 см (самая сильная боль, которую можно представить). Результаты: Из 142 пациенток, оперированных по поводу ГИЭ кишечника, факт вовлечения в эндометриоидный инфильтрат прямой кишки был установлен в ходе предоперационной подготовки у 92 пациенток (64,8%). Отмечены случаи интраоперационного выявления ГИЭ кишечника при проведении операций, при которых масштаб патологического процесса был недооценен в ходе предоперационной диагностики. В 7 случаях (4,9%) окончательный объем операции (резекция кишки) был выполнен вторым этапом после дообследования. У 35 пациенток, оперированных по поводу ГИЭ кишечника, изучены результаты лечения путем анкетирования спустя 3 месяца после операции. Из них 22 пациенткам выполнялся шейвинг прямой кишки, 7 – иссечение очага до слизистого слоя кишки, 4 – дисковидная и 2 – циркулярная резекция кишки. В группе пациенток шейвингом прямой кишки отмечено снижение среднего уровня боли при половом контакте с $6,7 \pm 0,8$ см до $3,1 \pm 0,7$ см, ХТБ - с $5,6 \pm 0,8$ до $4,2 \pm 0,4$ см, болей при акте дефекации с $6,1 \pm 0,9$ см до $2,0 \pm 0,8$ см. В группе пациенток с иссечением кишки до слизистого слоя отмечено снижение среднего уровня боли при диспареунии с $7,2 \pm 0,9$ см до $3,6 \pm 0,3$ см, ХТБ с $6,5 \pm 0,8$ до $3,4 \pm 0,4$ см, болей при акте дефекации с $7,1 \pm 0,8$ см до $2,5 \pm 0,6$ см. У 4 пациенток с дисковидной резекцией кишки отмечалось снижение уровня боли после операции: диспареуния - с $7,3 \pm 0,5$ см до $4,0 \pm 0,7$ см, ХТБ - с $6,1 \pm 0,3$ до $3,6 \pm 0,4$ см, боли при акте дефекации - $7,2 \pm 0,6$ см до $2,7 \pm 0,8$ см. У 2 пациенток с циркулярной резекцией прямой кишки, уменьшились симптомы диспареунии с $7,0 \pm 0,5$ до $3,5 \pm 0,5$ см, ХТБ с $6,5 \pm 0,5$ до $3,0 \pm 0,3$ см, болей при акте дефекации с $7,31 \pm 0,8$ см до $3,0 \pm 0,7$ см. Заключение: 1. Радикальное лечение ГИЭ кишечника приводит к значительному уменьшению болевых ощущений во время полового акта, снижению выраженности ХТБ, а, следовательно, и к улучшению качества жизни пациенток. 2. Несмотря на разнообразие методов предоперационного обследования пациентки, «золотым стандартом» диагностики ГИЭ кишечника по-прежнему остается лапароскопия. В случаях отсутствия необходимых навыков и недостаточной подготовки пациентки целесообразно разделить операцию на два этапа: первым этапом максимально восстановить

анатомию органов малого таза, вторым этапом выполнить радикальную операцию по иссечению очагов эндометриоза, включая резекцию кишки.

622. Топографические особенности формы и структуры двенадцатиперстной кишки

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

Пенза

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

В абдоминальной хирургии одной из трудных задач является ушивание культи двенадцатиперстной кишки. Несостоятельность швов в этой зоне встречается не часто, но исход данного осложнения нередко бывает печальным. Поэтому, одним из способов профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки является дуоденостомия. Для оптимального выбора места формирования стомы на 42 трупах изучены топографические особенности расположения двенадцатиперстной кишки. Известно, что двенадцатиперстная кишка состоит из 4-х отделов: верхняя горизонтальная, нисходящая, нижняя горизонтальная и восходящая. В наших наблюдениях в 22 случаях (52,38%) нижняя горизонтальная и восходящая отделы неразличимы и были представлены сплошной горизонтальной кишкой. Изучены длина и диаметр каждого отдела. Верхняя горизонтальная в среднем была протяженностью 5,17 см, шириной 3,02 см. Нисходящая часть кишки была наиболее длинной – 7,73 см и шириной 3,12 см. Нижняя горизонтальная была незначительно длиннее верхней горизонтальной (5,73 см), а диаметр был тот же (3 см). Восходящая часть была наиболее короткой и составляла 2,79 см, шириной – 2,68 см. Таким образом, средняя протяженность двенадцатиперстной кишки равнялась 21,42 см при диаметре 2,96 см. Были изучены особенности перехода верхней горизонтальной в нисходящую и нисходящей в нижнюю горизонтальную. Верхний угол в среднем составлял 76,4° (от 45° до 120°). Размеры нижнего угла были более постоянными (от 70° до 120°) и в среднем составлял 97,42°. Наибольший интерес представляло наличие

связочного аппарата кишки. Наиболее часто (24 наблюдения или 57,14%) встречались гепатодуоденальная и дуоденоренальная связки. В 11 наблюдениях кишка была связана только гепатодуоденальной связкой. В 3-х случаях (7,14%) связочный аппарат отсутствовал. Форма кишки была различной. В 26 наблюдениях (61,9%) форма кишки максимально напоминала классическую форму из анатомического атласа. В остальных случаях кишка имела форму от О-образной и сплюсненной до ?-подобной. Таким образом, условия для формирования дуоденостомы не всегда бывают оптимальными, что в последующем может отразиться на её эффективности.

623. Лапароскопические гистерэктомии: опыт выполнения, анализ результатов.

*Галлямов Э.А. (1), Аминова Л.А. (2),
Насырова Н.И. (3), Мурзина А.Г. (2), Алимов В.А. (2)*

Москва

1) ПМГМУ, 2) АО МЕДСИ, 3) ЦКБ ГА

Актуальность: Широкое внедрение лапароскопических технологий в повседневную практику гинекологического стационара приводит к тому, что все больше гистерэктомий выполняется именно этим методом, а ранее существовавшие ограничения, такие как размеры матки, расположение миоматозных узлов, морбидное ожирение, спаечный процесс, уже не являются противопоказаниями к проведению данных операций. Целью нашего исследования явился анализ результатов лапароскопических гистерэктомий, проведенных в нашей клинике в период с января 2013г по декабрь 2017г, поиск оптимальных путей выполнения данных оперативных вмешательств. Материалы и методы: В период с января 2013г по декабрь 2017г в нашей клинике было выполнено 937 лапароскопических гистерэктомий. Показаниями к операции являлись: миома матки, аденомиоз, атипичная гиперплазия эндометрия в перименопаузальном периоде, рецидивирующая патология эндометрия в постменопаузе, онкологические заболевания матки и придатков. В зависимости от вида патологии проводились

следующие типы операций: лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки (у 32 пациенток), лапароскопическая экстирпация матки с маточными трубами (458 пациенток), лапароскопическая экстирпация матки с придатками (407 пациенток), лапароскопическая экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией/резекцией большого сальника (40 пациенток). Средний возраст пациенток, которым выполнялась лапароскопическая гистерэктомия, составил 52±4,8 лет. Размеры матки варьировали от 6 до 32 недель гестации. Оценивалось среднее время проведения операций, время стационарного лечения, количество послеоперационных осложнений. Результаты: Среднее время проведения лапароскопических гистерэктомий составило 82±28,7 мин. В случаях выполнения тазовой лимфаденэктомии, либо резекции большого сальника при онкологических заболеваниях среднее время операции удлинялось до 165±23,6 мин. В 17 случаях (1,8%) была выполнена конверсия на лапаротомию. Во всех 17 случаях это было связано с интраоперационным диагностированием злокачественных образований яичников, больших размеров опухолей и распространенности процесса, что потребовало перехода на лапаротомный доступ для соблюдения принципов абластичности. Средняя продолжительность госпитализации при выполнении лапароскопических гистерэктомий составила 4 ±1,2 дней. Осложнения при проведении лапароскопических гистерэктомий возникли у 8 пациенток (0,85%): 4 случая кровотечения из культи влагалища (после полового акта ввиду несоблюдения пациентками сроков охранительного режима); 2 случая перикюльтита; 2 случая кровотечения из троакарной раны. Интраоперационных повреждений мочеточников и других тазовых органов, а также выпадений культи влагалища после операции за исследуемый период не отмечено. Выводы. Анализируя собственный оперативный опыт, мы выделили три ключевых момента при проведении данного вида вмешательств: 1. Четкое соблюдение последовательности выполнения этапов гистерэктомии (поэтапная коагуляция и пересечение круглых связок матки, воронко-тазовых, либо собственных связок яичников, крестцово-маточных связок, сосудистых пучков и кардинальных связок с обеих сторон), а также использование маточного манипулятора позволяет адекватно выполнять данного рода вмешательства даже при больших размерах маток (более 15 недель). При этом нет существенной корреляции между временем выполнения этих этапов и размерами матки, а время операции увеличивается

только за счет этапа морцелляции. 2. Четкое соблюдение последовательности этапов проведения гистерэктомии, использование маточного манипулятора и адекватная диссекция тканей уменьшает риск интраоперационного повреждения мочеточника и позволяет повысить безопасность данной операции. 3. Выполнение кольпофиксации по МакКолу (фиксация культи влагалища к круглым и крестцово-маточным связкам) является надежной профилактикой выпадения культи и может рекомендоваться как альтернатива надвлагалищной ампутации матки при выборе объема операции.

624. Амбулаторное хирургическое лечение варикозной болезни: когда эффективно использование методики ASVAL

Давыденко В.В., Галилеева А.Н., Карпович В.Б., Калмыкова Р.В.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Варикозная болезнь (ВБ) вен нижних конечностей – одна из наиболее распространенных патологий сердечно-сосудистой системы. В последние годы, на основе концепции возникновения и прогрессирования нарушения венозного оттока от ветвей к стволу подкожных вен, предложенная P.Pitaluga (2005) была разработана методика амбулаторного лечения ВБ – ASVAL. Учитывая неоднородность результатов: исчезновение рефлюкса 50-86% случаев, частота рецидивов 11,5-88%, изменение диаметра БПВ необходимы дальнейшие исследования для четкого определения показаний и противопоказаний. Цель работы провести оценку факторов, определяющих эффективность методики ASVAL при варикозной болезни нижних конечностей по данным опросника CIVIQ-2 (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire), шкалы VCSS (Venous Clinical Severity Score), объективным данным, а также результатам УЗИ вен нижних конечностей. Материалы и методы. В наше исследование были включены 55 больных-64 конечности, (ж-34 и м-21) в возрасте 52±4,7 лет С2-

С3 по СЕАР, диаметр БПВ ? 8 мм в верхней трети бедра. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в стволе БПВ регистрировался различной протяженности рефлюкс не ниже средней трети голени. Пациенты были с i, h и s-типами анатомического строения БПВ. Контрольное обследование с УЗИ - 6, 12, 24, 36 месяцев. Сопоставляли результаты с исходным вариантом анатомического расположения ствола БПВ и протяженностью стволового рефлюкса. Пациенты с патологией МПВ в выборку не вошли. Полученные результаты. При УЗИ исследовании на 24 конечностях (37,5%) диаметр БПВ не изменился, на 5 (7,8%) - увеличился на 1- 1,5 мм, на 35 (54,7 %) уменьшился на 1-2 мм. Рефлюкс снижался до < 0,5 с в 71%, 70,4%, 69, 2% и 68% конечностей через 6 месяцев, 1, 2 и 3 года. Рецидив заболевания отмечен у пациентов с S и H типом анатомического строения БПВ и при протяженности стволового рефлюкса ниже коленного сустава. Обсуждение. Полученные результаты согласуются с данными автора методики ASVAL P. Pittaluga (2005, 2009, 2010, 2015) и исследованиями, проведенными Золотухиным И.А. с соавторами (2016, 2017). Выводы и рекомендации. Методика ASVAL в сроки наблюдения до 36 месяцев дает хо-роший клинический и гемодинамический результат >50% пациентов, сохранение ствола БПВ не влияет на возникновение клинического рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей в ранние сроки после операции рецидивы отмечаются у пациентов с S и H типом анатомического строения БПВ и при протяженности стволового рефлюкса ниже коленного сустава. Показания: С2-С3 по классификации СЕАР; D БПВ < 8мм; распространение рефлюкса по БПВ до нижней трети бедра; отсутствие патологического рефлюкса по сафенной вене при отключении варикозно расширенных притоков (с помощью мануального пережатия). Противопоказания: распространение рефлюкса по БПВ ниже коленного сустава; тромбоз БПВ; трофические расстройства нижней конечности; короткий субфасциальный ствол БПВ с наличием выраженных варикозных узлов на бедре; высокая вероятность рецидива.

625. Структурные изменения пахового канала после пластики передней стенки

Ивачев А.С. (1,2), Ивачева Н.А. (1,2), Квасов А.Е. (1)

Пенза

1) ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2) Медицинский центр "Новая клиника"

Исследованы структурные изменения в паховом канале у 4 больных при рецидивирующей паховой грыжи. Во всех случаях первоначальная пластика была выполнена методом Жирара-Спассокукоцкого. Рецидив возник через 23-25 лет после первичной операции. Повторную операцию выполняли через 2-6 месяцев после установления рецидива паховой грыжи. Операцию выполняли под спинномозговой или в/венной анестезией. Особенности структурных изменений пахового канала заключались в следующем. Первое – апоневроз наружной косой мышцы живота был представлен плотной сухожильной тканью. Разволокнутий или заметных щелей между волокнами не обнаружены. Толщина апоневроза в зоне его рассечения была 2-3 мм. Невозможно было собрать апоневроз в складку, что свидетельствовало о его прочности. Второе – мышечная ткань, расположенная под апоневрозом, полностью соответствовала площади прилегающего апоневроза. Фиксация мышцы к паховой связке была прочная на всём протяжении пахового канала. При попытках отделить мышцы от паховой связки в поисках семенного канатика, волокна мышц раздвигались. Толщина мышечной ткани в 2-х наблюдениях была тоньше толщины апоневроза. В оставшихся наблюдениях размеры толщины апоневроза и мышцы были одинаковыми. Грыжевой мешок располагался в паховом канале и не выходил за его пределы, то есть наружу поверхностного пахового кольца. Взаимоотношения грыжевого мешка и семенного канатика были различными, но во всех случаях грыжевыми воротами являлось глубокое паховое кольцо. Подтверждением этого было определение пульсации нижней надчревной артерии медиальнее от грыжевых ворот, а также выходение семенного канатика из глубокого кольца в верхнем его периметре. Третье – фасция семенного канатика не определялась. Поэтому во всех наблюдениях элементы канатика определялись первоначально по семявыносящему протоку с последующим поиском вен и артерии. Четвертое – во всех случаях поперечная фасция

была прочной, не растянутой, без каких-либо «намеков» на формирование прямой грыжи. Пятое – диаметр глубокого пахового кольца в среднем был 3,0 см (площадь 28,26 см²), поверхностного – 2,0 см (площадь 12,56 см²). Всем больным выполнена безнатяжная пластика пахового канала методом Лихтенштейна. Однако, при необходимости, пластику можно было выполнить местными тканями. Выводы. После пластика передней стенки пахового канала в случаях рецидива грыжи изменения структуры наблюдается только в зоне глубокого пахового кольца. Передняя стенка канала прочная и не подвержена деструктивному процессу. Повторная пластика возможна местными структурами как передней стенкой (апоневроз наружной косой мышцы живота), так и задней (поперечной фасцией).

626. Результаты лечения больных с паховыми грыжами

*Шабунин А.В., Багателия З.А., Греков Д.Н.,
Эминов М.З., Шакиров Х.А., Гоголашвили Д.Г.*

Москва

Кафедра хирургии РМАНПО, ГКБ им. С.П. Боткина

Введение Лечение грыж передней брюшной стенки является одним из актуальных проблем в абдоминальной хирургии. Рецидив грыжи после пластики местными тканями остается достаточно высоким и варьирует от 5 до 20%, а при сложных формах паховых грыж - до 30%. Внедрение в практику различных методов пластики пахового канала с использованием сетчатых имплантатов продемонстрировали достаточно низкие показатели послеоперационных рецидивов (0,7-2%). Изучение не только ближайших, а также отдаленных результатов хирургического лечения с оценкой качества жизни пациентов после операций является важным аспектом современной медицины, что и послужило поводом для проведения данного исследования. Материал и методы исследования Проведен анализ 528 больных с паховыми грыжами, оперированных в отделении неотложной хирургии №17 ГКБ им. С.П. Боткина за период с 2015 по 2017 год. Мужчин было 471 (89,3%), а женщин – 57 (10,7%). Средний возраст

составил 53,4±17,8 лет. Рецидивные паховые грыжи были у 17 (2,5%) пациентов. У 325 (61,6%) больных (1 группа) выполнялась пластика пахового канала по методике Liechtenstein, а у 203 (38,4%) больных (2 группа) выполнялась лапароскопическая предбрюшинная герниопластика (ТААР). Грыжи I-II типа были у 246 (46,5%) больных, а III-IV типа – у 282(53,5%). Сравнительные группы статистически значимо не отличались по таким параметрам, как пол, возраст и тип грыжи по сложности (по классификации NYHUS L.M. (1993)). Результаты и обсуждение При анализе ближайших результатов в двух сравниваемых группах статистически достоверно значимой разницы в показателях не выявлено (p>0,05). Так, продолжительность операции в 1-й группе составила 72,6±9,2 мин, а во 2-й группе - 96,5±12,4 мин. Послеоперационные осложнения составили 9(3,9%) и 4(3,2%) соответственно. Длительность применения анальгетиков в 1-й группе составила 3,4±0,8 сут, а во 2-й группе - 1,5±0,3 сут. Послеоперационный койко-день - 3,6±1,6 и 2,2±0,5 сут соответственно. Наиболее частым осложнением была серома в зоне операции. В 1-й группе данное осложнение наблюдалось у 9(2,8%), а во 2-й группе - у 5(2,5%) пациентов. Гематома послеоперационной раны и мошонки наблюдалась у 3(0,9%) больных 1-й и у 1(0,5%) больного 2-й группы. Нагноение послеоперационной раны имело место у 3(0,9%) больных 1-й группы. Водянка оболочек яичка в сочетании с орхоэпидидимитом отмечено у 2(0,6%) больного 1-й группы. Во всех случаях проводилось консервативное лечение с положительным эффектом. С целью изучения отдаленных результатов, помимо такого основного показателя как рецидив грыжи, нами проведено тестирование для оценки качества жизни. Оценка отдаленных результатов лечения проводилась с помощью опросника MOS-SF 36. Осмотр и тестирование пациентов проводилось при помощи опросника в 4 этапа: до операции, через 6, 12, 24 мес. после операции. За период наблюдения (от бдо 24 мес.) рецидивы заболевания выявлены у 2(0,4%) пациентов. В одном случае после пластики пахового канала по Лихтенштейну, а в другом - после лапароскопической герниопластики, что составило 0,3% и 0,5% соответственно. Хроническая боль в паховой области после операции, продолжающаяся более трех месяцев наблюдалась у 2(0,6%) больных после пластики пахового канала по Лихтенштейну. Через 24 мес. после операции отмечена положительная динамика в обеих случаях. Восстановление физического компонента здоровья происходило несколько быстрее по сравнению с психологическим компонентом в обеих группах

больных. Однако показатели как физического, так и психологического компонентов здоровья раньше происходили у пациентов после лапароскопической герниопластики. Улучшение и стабилизация показателей физического и психологического компонентов в группе больных после TAPP наблюдались уже через 6 месяцев после операции, а после пластики по Liechtenstein - через год после операции. В последующие сроки наблюдения существенных изменений обеих группах не происходили. Все эти изменения носили статистически недостоверный характер ($p > 0,05$). Заключение: Таким образом, оба способа ненатяжной герниопластики одинаково эффективны и надежны и характеризуются минимальным количеством послеоперационных осложнений и рецидивов. Изучение качества жизни пациентов с паховой грыжей показало, что восстановление физического и психологического компонентов здоровья в послеоперационном периоде происходит раньше после TAPP (через 6 мес) по сравнению с герниопластикой по Liechtenstein (не раньше чем через 12 мес).

627. Структура сочетанной и комбинированной травмы в многопрофильных стационарах г. Новосибирска за период 2016г.

Оленев Е.А., Жуков Д.В., Выговский Н.В., Павлик В.Н., Родыгин А.А., Соколов С.В.

Новосибирск

ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ

Актуальность. Проблема травматических повреждений остаётся на высоком уровне. Особенностью современного травматизма является рост тяжелых сочетанных и множественных повреждений (Соколов В.А., 2002; Gao J.M. et al., 2005), что особенно прослеживается в крупных городах. В первую очередь, это связано с увеличением дорожно-транспортных происшествий (Дятлов М. М., 1998; Соколов В.А., 2004; Sanchez-Tosino J.M. et al., 2007; Багдасарьянц В.Г., 2010). Не менее часто встречается и комбинированная травма и, в их числе, комбинированные механические и термические повреждения или обморожения. Так, среди всех видов травм, ожоги по частоте занимают

третье место, а в некоторых развитых странах — второе, уступая место лишь транспортным повреждениям (Моновцов И. А., 2004). Эти проблемы потребовали выработать более структурные и организованные подходы к диагностике и лечению таких пациентов. Внедряется тактика многоэтапного запрограммированного хирургического лечения. Появилась сеть региональных ожоговых и травматологических центров различных уровней. Решается вопрос о применении шкалы оценки тяжести состояния пострадавшего. Материал и методы. Материалами являются данные 94 историй болезней пострадавших с автодорожными, криминальными, ожоговыми травмами, кататравмами из нескольких многопрофильных больниц г.Новосибирска за период 2016г. Результаты оценивали с помощью, клинического, анатомического методов и статистического метода, программы «MedStatistica». Полученные результаты. Сочетанная торакоабдоминальная травма составила 29,78% (28 пациентов), травма головы и живота составила 23,4% случаев (22 пациентов), живота и конечностей 12,76% (12), комбинированная травма в виде тупой травмы живота и термического ожога пламенем верхних конечностей составила 1,12% (1). Среди повреждений головы открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ) встречалась в 22,5% (проникающая – 20,2%), закрытая ЧМТ встречалась в 77,5% случаев. По степени тяжести состояния пациентов преобладала средняя (68%), однако, тяжёлая и крайне тяжёлая составили, соответственно, 27% и 5%. При этом, среднее количество койко-дней, проведённых пациентами с сочетанной травмой живота и другой анатомической области составило 62, из них в отделении реанимации находилось - 38. В 7,44% у пациентов был летальный исход. Шестидесять пять пациентов (69,14%) все этапы оперативного лечения и последующий постоперационный период получали на этапе того дежурного по городу хирургического стационара, в который они поступили. Двадцать два пациента (23,4%) получали узкоспециализированную медицинскую помощь в областной клинической больнице и хирургических клиниках федеральных медицинских центров. Выводы и рекомендации. 1. В структуре сочетанной травмы преобладает ЧМТ. 2. Пострадавшим основным объём лечения оказывался на этапе дежурного хирургического стационара, однако, при необходимости оказания узкоспециализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, по стабилизации состояния, проводилась транспортировка на этап областной

клинической больницы или федеральных медицинских центров.

628. Лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей путем оптимизации лечения в послеоперационном периоде

Сорока В.В., Нохрин С.П., Рязанов А.Н., Петровский С.В., Белоусов Е.Ю., Магамедов И.Д.

Санкт-Петербург

НИИ скорой помощи им.И.И. Джанелидзе

Цель: Улучшение результатов лечения в послеоперационном периоде больных с критической ишемией нижних конечностей, перенесших высокую ампутацию. 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 $68,1 \pm 2,8$ лет (от 34 до 91). Причиной, приведшей к развитию терминальной стадии критической ишемии, в большинстве случаев являлся облитерирующий атеросклероз ($n=953$). Однако у ряда больных был выявлен облитерирующий эндартериит ($n=87$) и диабетическая ангиопатия ($n=234$). Первичная ампутация выполнена 469 больным (36,8%). Вторичная - 805 больным (63,2%). Большинство ампутаций выполнялось на уровне средней трети бедра. Результаты: Был проведен анализ результатов ампутаций нижних конечностей у пациентов с критической ишемией за период с 1999 по 2014 год. Контрольная группа пациентов составляла 38,3 % ($n=488$). В этой группе до операции и в послеоперационном периоде назначали традиционное "базисное" лечение. В основной группе применялся разработанный лечебно-прогностический алгоритм. Эта группа пациентов составляла 61,7 % ($n=786$), обозначена основной. В последующем проводилась оценка связи результатов данного исследования и ранних послеоперационных осложнений и летальности. Использование алгоритма позволило снизить число

осложнений и летальных исходов. Выводы: 1. 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. 2. В отдаленном послеоперационном периоде после 1 года летальность снизилась на 14,6%, после 2 года-на 12,8 % по сравнению с контрольной? группой? пациентов.

629. 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"

Актуальность. Лечение вторичного перитонита в настоящее время остается одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии. Данное обстоятельство обусловлено большим количеством пациентов подобного профиля, а также высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности, достигающих 20-30%. Одной из главных причин неблагоприятного течения вторичного перитонита является недооценка тяжести состояния в момент госпитализации. В связи с чем прогнозирование исхода заболевания на ранних сроках госпитализации с последующей оптимизацией лечения является приоритетным направлением практикующего хирурга. 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), (p<0,05). 4. Длительность госпитализации в контрольной группе составила 25±3,6 дней, в основной группе - 18±2,7 дней (p<0,05). Выводы. 1. Прокальцитонин является высокочувствительным и специфичным маркером раннего выявления адекватности санирования очага инфекции и возможных ранних осложнений. 2. Прокальцитонин позволяет контролировать эффективность проводимой операции и оптимизировать лечение пациентов с вторичными перитонитами. 3. Сохранение высоких уровней прокальцитонина на фоне проведенного лечения может с большой долей вероятности прогнозировать тяжелое течение заболевания и неблагоприятный прогноз. 4. Использование разработанного подхода позволяет снизить летальность и повысить эффективность лечения.

630.Лапароскопическая резекция почки при опухолях R.E.N.A.L. ? 10

Кочкин А.Д. (1), Галлямов Э.А. (2), Попов С.В. (7), Биктимиров Р.Г. (3), Севрюков Ф.А. (1), Семёнычев Д.В. (1), Кнутов А.В. (1), Сергеев В.П. (3), Новиков А.Б. (4), Санжаров А.Е. (3), Орлов И.Н. (7), Преснов К.С. (6), Мещанкин И.В. (5), Михайликов Т.Г. (6)

Нижний Новгород, Москва, Санкт-Петербург, Владивосток, Ставрополь.

- 1) ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО РЖД,
- 2) ПМГМУ, 3) ФМБА, 4) ММЦ ЦБ РФ, 5) ЛРЦ МЗ РФ,
- 6) ЦКБ ГА, 7) СПбГБУЗ КБ Св.Луки

Лапароскопическая хирургия вошла в XXI век вооруженная не только роботами Da Vinci и 3D системами визуализации, но и всевозможными рекомендациями, шкалами, номограммами и прочее. Благодаря рекомендациям, которые стандартизируют каждый клинический случай, врач принимает более «правильное решение». Следуя, разработанным экспертами на основе метаанализов, алгоритмам, среднестатистический врач вылечит среднестатистического больного со среднестатистическим результатом. Хирургия опухолей паренхимы почки также не избежала стандартизации. Для разграничения показаний к резекции или нефрэктомии были разработаны различные нефрометрические шкалы. Наиболее популярной из них является шкала «R.E.N.A.L.», предложенная А. Kutikov и R. Uzzo в 2009 году. 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, в связи с чем в подобных ситуациях чаще предпринимаются нефрэктомии. В настоящей работе реализована 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 2046 больных, подвергнутых лапароскопическим резекциям по поводу опухолей паренхимы почки, за последние восемь 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 226 (11%) пациентов, чей средний возраст составил 57,9 лет, а средний индекс массы тела – 31,2 кг/м². Средний размер опухоли – 4,95 см. Летальности и конверсий не было. Ретроперитонеальный доступ не применялся. 10 (3,27%) операций выполнены трансмезентериально. 22 (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 – 18±4 мин. «Положительных» краёв резекции удалось избежать. Средние значения объёма кровопотери и времени операции составили 200 мл и 210 минут соответственно. Общее количество послеоперационных осложнений Clavien ? III в группе исследования достигло 3,54%. 6 (2,65%) больным выполнялось стентирование лоханки в связи с отсутствием герметичности швов в зоне резекции. 2 пациентам (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 6±1 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». Нефрометрические шкалы объективизируют клиническую ситуацию, позволяют проводить адекватный сравнительный анализ, но не должны рассматриваться как абсолютное руководство к действию.

631.Лапароскопические эвисцерации малого таза у женщин

Галлямов Э.А. (1), Агапов М.А. (2), Сергеев В.П. (3), Санжаров А.Е. (3), Биктимиров Р.Г. (3), Сальникова С.В. (4), Володин Д.И. (3), Галлямов Э.Э. (3), Гололобов Г.Ю. (1).

Москва

1) ПМГМУ, 2) МНОЦ МГУ, 3) ФМБА,
4) КБ №1 (Волынская)

Цели. Выявить преимущества и недостатки лапароскопической методики эвисцерации малого таза у женщин. Методы. В период 2011 по 2017 год, было выполнено 14 лапароскопических эвисцераций у женщин, (средний возраст 59,79±8,5), из них: 4 пациентки с раком шейки матки, 4 пациентки с раком мочевого пузыря, 3 пациентки с раком прямой кишки, 3 пациентки с рецидивом рака культи влагалища после ранее перенесенной экстирпации матки. Наиболее распространенными жалобами были: кровь во время дефекации, кровянистые выделения из влагалища, запоры, боли в малом тазу, слабость, резкое снижение веса. У большинства пациентов наблюдалась анемия, агранулоцитоз, лимфоцитоз. У пациентов с вовлечением в опухолевый процесс нижних мочевыводящих путей повышены показатели мочевины, креатина. Результаты. Всем пациенткам была выполнена эвисцерация органов малого таза. Из них: тотальных эвисцераций: 3 по поводу рецидива рака культи влагалища, с прорастанием в прямую кишку и мочевой пузырь, 1 по поводу рака прямой кишки с прорастанием в матку и устья левого мочеточника, 2 по поводу рака мочевого пузыря с прорастанием в матку и прямую кишку, осложнённые двумя свищами: мочепузырно-тонкокишечным и толстокишечно-влагалищным. 5 передних эвисцераций: 3 по поводу рака мочевого пузыря с вовлечением влагалища и шейки матки, 2 по поводу рака шейки матки с прорастанием в мочевой пузырь. В целях деривации мочи у всех пациенток выполнена операция Bricker, для деривации кала была сформирована концевая колостома. 3 задних эвисцерации: 1 по поводу рака шейки матки с прорастанием в прямую кишку, 2 по поводу рака прямой кишки с вовлечением матки в опухолевый конгломерат. У 2 пациенток сформирован первичный анастомоз циркулярным сшивающим аппаратом. Результаты. Продолжительность операции 228,93±70 минут, объём

интраоперационной кровопотери составил 295 ± 117 мл, средний послеоперационный койко-день составил 8 ± 3 . Отмечались осложнения, соответствующие классификации Clavien-Dindo, такие как: нагноение операционной раны (1 пациентка), инфекция мочеполовых путей (4 пациентки), вентральная грыжа (1 пациентка). Сроки наблюдения за пациентами составили от 6 до 28 дней. В послеоперационном периоде в различные сроки, все пациенты получали химиотерапию и/или химиолучевую терапию. Двум пациенткам спустя 12 месяцев после операции, при отсутствии рецидива по КТ, была выполнена реконструктивная операция по закрытию колостомы лапароскопическим доступом. Выводы. По сравнению с открытыми операциями при лапароскопическом доступе достоверно меньше интраоперационная кровопотеря, короче период стационарного лечения, так же меньше частота ранних послеоперационных осложнений.

632. Минимизация агрессии доступа как важнейший компонент fast track хирургии у пациентов старших возрастных групп

*Демин Д.Б., Савин Д.В., Фуныгин М.С.,
Солодов Ю.Ю., Соболев Ю.А.*

Оренбург

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

Актуальность проблемы. Применение в диагностическом алгоритме современных методов неинвазивной визуализации обуславливает рост количества больных старших возрастных групп с выявленными объемными образованиями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, патологией ободочной кишки и хиатальными грыжами. Это, наряду с внедрением в клиническую практику современных технологий анестезии и малоинвазивной хирургии, повысило возрастной порог пациентов, которым выполняются плановые вмешательства в хирургических клиниках. Цель работы: проанализировать безопасность «сложной» лапароскопической хирургии в комбинации с fast track для больных старшего

возраста. Материал и методы. В 2013-2017 г. в университетской хирургической клинике на базе городской клинической больницы им. Пирогова г. Оренбурга по поводу вышеуказанных патологий нами оперированы лапароскопическим доступом 179 пациентов. Выполнены 90 фундопликаций по Ниссену, 46 резекций печени различного объема, 16 адреналэктомий, 15 гемиколэктомий и резекций сигмы, 5 дистальных панкреатэктомий, 7 энуклеаций внеорганных забрюшинных новообразований. Все пациенты ретроспективно распределены на две группы: до 60 лет (I группа) и после 60 лет (II группа). Пациентов I группы было 87 (48,6%), средний возраст $46 \pm 2,3$ лет; II группа составила 92 человек (51,4%), средний возраст $68 \pm 1,7$ лет. Структура оперативных вмешательств в обеих группах была примерно одинакова. Компенсированная сопутствующая патология, включая перенесенные сердечно-сосудистые и неврологические заболевания, не являлась противопоказанием к операции. Периоперационное ведение пациентов проводилось в соответствии с программой ускоренного выздоровления (fast track). Результаты и обсуждение. Вечером перед операцией пациенты соблюдали обычный пищевой режим, утром за 2 часа до вмешательства принимали высококалорийный углеводный напиток. Энтеральное питание высококалорийными углеводными смесями начинали сразу после полного пробуждения пациентов. Во всех случаях предоперационно однократно вводили внутривенно фторхинолон второго поколения с метронидазолом. Вертикализацию осуществляли либо вечером в день операции, либо утром на следующий день (в зависимости от объема вмешательства). Анальгетики отменяли через сутки после операции. Анализ результатов хирургических вмешательств показал следующее. В I группе проведены две конверсии в процессе резекций печени, во II группе – одна по поводу интраоперационного повреждения пищевода при фундопликации. В I группе имели место всего 6 осложнений (6,9%): одно интраоперационное – левосторонний пневмоторакс при фундопликации, три в раннем послеоперационном периоде – внутрибрюшное кровотечение после адреналэктомии, панкреатит после дистальной панкреатэктомии, пневмония; одно отдаленное – рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Во II группе возникли 3 осложнения (3,3%): одно вышеописанное интраоперационное, два в раннем послеоперационном периоде: внутрибрюшное кровотечение после фундопликации, панкреатит после дистальной панкреатэктомии. Необходимо

отметить, что у пациентов старшей возрастной группы процент осложнений был ниже в 2 раза ($p < 0,05$). Основное количество осложнений получено на этапе внедрения методик и связано с дефектами оперативной техники. Этим, по-видимому, объясняется превалирование осложнений у более молодого контингента пациентов, с которых начиналась кривая обучения. Во всех случаях осложнения были своевременно выявлены и скорректированы с благоприятным исходом для пациентов. Осложнения послеоперационного периода, связанные с патологией других органов и систем, в обеих группах отсутствовали. Летальных исходов не было. Таким образом, в обеих группах при аналогичных объемах хирургической агрессии мы не получили достоверной разницы в количестве интра- и послеоперационных осложнений, у пациентов старшего возраста их было даже меньше. Лапароскопическая техника вмешательства в комбинации с максимально ранней реабилитацией пациента имеют ключевое значение в ведении послеоперационного периода, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, и обеспечивает эффективность и безопасность современной хирургии.

633. Аппендэктомия у ВИЧ-инфицированных пациентов

Исаев ДН

Ульяновск

Ульяновский государственный университет

Актуальность: Общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на 1 января 2018 года составило 1,2 миллиона человек. Из них 269 тысяч уже умерло по разным причинам. В 2017 году выявлено 93 тысячи новых ВИЧ-инфицированных. По скорости появления новых инфицированных Россия занимает третье место в мире. При ВИЧ-инфекции прогрессирует поражение иммунной системы, создаются условия для возникновения оппортунистических инфекций и поражения различных систем организма. Частота встречаемости острого аппендицита у пациентов с ВИЧ инфекцией выше, чем в обычной популяции, и

составляет по данным разных авторов (0,5%). Цель: изучить данные операционной находки у пациентов с острым аппендицитом и сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Материал и методы: 148 пациентов оперированных по поводу острого аппендицита в том числе с ВИЧ-инфекцией II-III стадии в хирургическом отделении областной больницы УФСИН г. Ульяновска в период с 2000 по 2015 годы. Среди инфицированных у 83 (58%) сопутствующий диагноз туберкулез легких, вирусный гепатит был выявлен у 79 пациентов (55,2%). Всем больным была выполнена аппендэктомия. Санация, дренирование брюшной полости по показаниям. Лабораторные исследования: общий анализ крови и анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок и фракции, общий билирубин и фракции, креатинин, мочевины, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, амилаза, глюкоза), маркеры вирусных гепатитов, сифилис. ВИЧ-инфицированным больным определяли иммунный статус и вирусную нагрузку. По показаниям проводили инструментальные методы исследования: рентгенологическое исследование легких, органов брюшной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, плевральных полостей, диагностическую лапароскопию. Первую группу составили оперированные пациенты с диагнозом острый аппендицит и сопутствующей ВИЧ-инфекцией II стадии. (65 пациентов - 36,5%). Вторую группу составили пациенты с диагнозом острый аппендицит и сопутствующей ВИЧ-инфекцией III стадии. (78 пациентов - 43,8%) Результаты исследования: В первой группе (65 пациентов) по данным операционной находки: Острый катаральный аппендицит выявлен у 10 (15,4%), флегмонозный у 34 (52,3%) пациентов, гангренозный аппендицит выявлен у 21 (32,3%), перфорация отростка у 18 (27,7%) пациентов. При ревизии брюшной полости гепатомегалия была выявлена у 40 пациентов (61,5%), самым характерным признаком ВИЧ-инфекции являлось изменение мезентериальных узлов 56 пациентов (86,1%). Узлы были размерами от 10 до 20 мм., с характерным белесоватым цветом, плотной консистенции, при этом в 46,1% с гнойным отделяемым. Абсцессы брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства выявлены у 14 пациентов (21,5%) Послеоперационная летальность составила 6,1%. (4 пациента). Во второй группе (78 пациентов) во время проведения операции: Острый катаральный аппендицит выявлен у 13 (16,7%), флегмонозный у 35 (44,9%) пациентов, гангренозный аппендицит выявлен у 30 (38,5%), перфорация отростка у 27 (34,6%) пациентов. При

ревизии брюшной полости гепатомегалия была выявлена у 70 пациентов (89,7%), спленомегалия в 78,2% (62 пациента), характерным признаком ВИЧ-инфекции являлось изменение мезентериальных узлов 69 пациентов (88,4%). Узлы были размерами от 10 до 20 мм., с характерным белесоватым цветом, плотной консистенции, при этом в 51,3% с гнойным отделяемым, с творожистым отделяемым (39,7%). Абсцессы брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства выявлены у 23 пациентов (29,4%) Послеоперационная летальность составила 8,9%. (7 пациентов). Выводы: У ВИЧ-инфицированных пациентов выявлена закономерность к увеличению деструктивных форм острого аппендицита, достигая 38% в III стадии иммунодефицитного состояния. Острый аппендицит у ВИЧ-инфицированных часто сопровождается, сопутствующим поражением лимфатических узлов с формированием абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства, достигая у ВИЧ-инфицированных III стадии 29%.

634. Актуальные вопросы приживления сетчатых протезов в герниологии

*Кукош М.В., Лукоянычев Е.Е., Измайлов С.Г.,
Солович К.В., Спиридонов В.И., Панюшкин А.В.,
Чебуркова Е.А.*

Нижний Новгород

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №7 Ленинского района г. Нижнего Новгорода имени Е.Л. Березова»

Проблемы в лечении грыж передней брюшной стенки и в настоящее время не теряют своей актуальности. Если ранее высокая стоимость стандартного полипропиленового имплантата, ограничивала его применение (Bay-Nelsen M., 2001; Israelsson L., 2003), то сейчас при государственной поддержке пластика грыжевых ворот стала стандартом. В совокупности, грыжи передней брюшной стенки занимают более 95 % всех грыж живота: передовой вклад в их структуру вносят грыжи паховые – до 40 %, и послеоперационные – 20–26 % (Паршиков В.В., Самсонов А.А., Самсонов А.В., 2008; Тимербулатов И.М., Фаязов Р.Р., Ямалов

Р.А., 2008; Тарасова Н.К., Дыньков С.М., 2015). Частота осложнений после открытых операций по поводу паховой грыжи варьирует от 15 % до 28 %. Самыми распространенными ранними осложнениями являются гематомы и серомы (8–22 %), задержка мочеиспускания и ранняя боль. По данным сводной статистики раневые осложнения в виде сером и лимфоцеле после эндопротезирования брюшной стенки по поводу вентральных грыж могут достигать 60 % (Деговцев Е.Н., Колядко П.В., 2018). Рецидивы после традиционных способов герниопластики составляют 2–20 %, а повторные – у 35–40 % пациентов, тогда как после протезирующих методик рецидив составляет в среднем 1–5 % (van Ramshorst G.H., Eker H.H. et al., 2012; Sartelli M., Coccolini F. et al., 2015). Встречаемость рецидива при инцизионных грыжах в течении 23,8 месяцев после операции составляет от 12,8 % (Bosanquet D, Aboelrahman T. et al., 2014) до 69 % у пациентов высокого риска (Alnassar S., Wawahab M., 2012). Даже техника sublay, которая признана «золотым стандартом» имплантации синтетических сеток, ассоциирована с числом рецидивов от 2 до 14,9 %. (Павленко В.В., 2005; Жебровский В.В., 2009; Conze J., Kingsnorth A.N. et al., 2005; den Hartog D., Dur A.H.M. et al., 2008). Многие исследователи сходятся во мнении, что ведущим фактором формирования послеоперационной грыжи, у 31–69 % пациентов, является раневая инфекция (Калиш Ю.И., Аметов Л.З. и др., 2015; Лаврешин П.М., Ефимов А.В. и др., 2015; Hofer J., Lawong G. et al., 2002), что непосредственно связано с воспалительной реакцией парапротезных и паравульнарных тканей. Снижение частоты развития послеоперационных грыж передней брюшной стенки имеет значительный потенциал повышения трудоспособности населения и снижения финансовых затрат на здравоохранение (European Hernia Society, 2015; Muysoms F.E., Antoniou S.A. et al., 2015), улучшения качества жизни пациента и косметического эффекта (den Hartog D., Dur A.H.M. et al., 2008). Особую актуальность придает тот факт, что 47–80 % пациентов с паховыми и послеоперационными грыжами находятся в трудоспособном возрасте 21–60 лет (Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш., 2000; Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В. и др., 2002; Itani K.M., Hur K.F. et al., 2010). Лапароскопический метод лечения грыж получает широкое распространение (Юрасов А.В., Эттингер А.П., Шестаков А.Л., 2015), так как обеспечивает снижение длительности госпитального этапа, быстрый и комфортный реабилитационный период (Агапов М.А., Горский В.А. и др., 2015). Однако, стоит отметить, что и

лапароскопический способ не лишён осложнений, связанных с имплантатом. В национальных клинических рекомендациях по герниологии (2017) указано, что несмотря на низкую встречаемость нагноения раны после ТАПП – около 1 %, частота серомы области имплантации варьирует в пределах 7-12 %. В резолюции XII научной конференции «Актуальные вопросы герниологии» указывается, что на современном этапе развития герниологии протезирующие методы пластики сохраняют приоритет при лечении пациентов с дефектами брюшной стенки, а в резолюции X конференции – перспективным направлением на ближайшую перспективу признана активизация исследований в области морфологии и биомеханики брюшной стенки, изучение технологий для её регенерации, а также, по нашим данным, расширение экспериментальных исследований по изучению новых материалов, фармакологических средств и хирургических технологий профилактики и лечения раневой инфекции.

635. Амбулаторная радиоволновая хирургия при новообразованиях кожи

Фаттахов В.В.

Казань

Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Злокачественные опухоли кожи по распространенности занимают 3-е место после рака легкого и желудка у мужчин и 2-е место после рака молочной железы у женщин. В развитии злокачественных опухолей кожи значительная роль принадлежит внешним факторам: инсоляции, воздействию канцерогенов внешней среды, травме, инфицированию вирусом папилломы человека, термическим и другим местным раздражителям, иммунодефицитные состояния и возраст. Из анамнеза выясняется, что в течение более или менее длительного времени на месте развившейся опухоли существовали процессы, которые могут быть расценены в качестве предопухолевых. Своевременное удаление их является актуальным и перспективным для сохранения качества здоровья человека. При сомнительных, особенно пигментных

образованиях необходима предварительная дерматоскопия с компьютерным анализом результатов и определением объема оперативного вмешательства. Если есть сомнения в доброкачественности процесса, пациенты сразу направляются в поликлинику Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ. Анализ результатов лечения в амбулаторных условиях 266 больных с удалением 953 новообразований показал, что оптимальным является использование радиоволнового метода. Преимущество метода - он практически не вызывает термического поражения кожи вокруг и может быть методом выбора при удалении новообразований кожи. Особенно эффективен для устранения выступающих родинок, с четким контуром на коже. Также важно, что после удаления радиоскальпелем – новообразование полностью сохраняется для гистологического исследования. Кроме доброкачественных образований, выявлены плоскоклеточный рак *in situ*, базальноклеточный рак, рак сальной железы. После радиоволновых хирургических манипуляций не бывает таких неприятных последствий как боль, отеки, инфицирование. Сведен практически к нулю риск рецидивов. Получается хороший клинический и косметический эффект, но, к сожалению, не всегда. Возникают вопросы: почему? и что делать? Постараемся на них ответить на примере нашей пациентки. Пациентка К., 1948 года рождения. Три года назад было иссечение новообразования на боковой стенке носа. Опухолевого роста при гистологическом исследовании не выявлено. Status localis. На коже боковой стенки наружного носа слева, вблизи медиального угла глаза округлое, плоское образование до 1,2 см в диаметре. В центре очаг гиперкератоза до 0,5 см в диаметре. Со слов: корочка отпадает, потом снова нарастает. Исходя из длительного анамнеза и возраста пациента, невозможно исключить базалиому. Было принято решение удалить данное образование и провести гистологическое исследование препарата. Под местной анестезией раствором артикаина с адреналином произведено удаление данного образования с использованием радиоволнового хирургического прибора «СургитронТМ», производства фирмы «Synosure Inc. Dba Ellman». Гемостаз. Обработка раны 5% раствором марганцовокислого калия. Рекомендации по уходу включали промывание раны 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата, затем обработку раствором марганцовки. На повторном приеме рана чистая, местами покрыта корочкой, местами вялые грануляции. Но главное – кожа вокруг раны гиперемированная, отечная. Имеются

признаки воспаления, а может быть химического ожога от концентрированного (5 %) раствора марганцовки. Последний препарат отменен. Перевели местное лечение на серебросодержащую мазь. При последнем осмотре корочки отпали. Рана покрылась эпителием, розового цвета. Перифокального воспаления нет. Результаты гистологического исследования: опухолевый рост не обнаружен. Хроническое воспаление. Заключение. Хирургическое лечение новообразований кожи – это не всегда быстро и красиво. Можно ожидать естественную физиологическую, а иногда и патофизиологическую реакцию организма на вмешательство. Для преодоления местных изменений тканей, а также профилактики воспалительных заболеваний кожи актуально использование серебросодержащих препаратов, в том числе мазей на основе серебра.

636. Опыт лапароскопических рефундопликаций

Галлямов Э.А. (1), Луцевич О.Э. (2), Агапов М.А. (3), Бусырев Ю.Б. (4), Кириллин А.В. (4), Ерин С.А. (5), Преснов К.С. (6), Галлямов Э.Э. (7), Гололобов Г.Ю. (1).

Москва

1) ПМГМУ, 2) МГМСУ, 3) МНОЦ МГУ, 4) ГКБ №23
5) ГКБ №50 6) ММЦ ЦБ РФ 7) ФМБА

Цель. Фундопликации при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) зачастую не приводят к желаемому эффекту. Методы. В период с 1995 по январь 2017 коллективом авторов было выполнено 2178 лапароскопических вмешательств по поводу ГЭРБ и ГПОД, 97 из них повторные (51 (2,34%) собственный рецидив и 46 сторонний). Результаты. У 44 (45,36%) пациентов основанием для выполнения рефундопликаций являлся рецидив грыжи: скользящая ГПОД, параэзофагеальная грыжа с симптомным или с бессимптомным течением. «Slippage»-синдром явился причиной повторного вмешательства у 23 (23,71%) пациентов, Рефундопликация из-за несостоятельности манжетки была выполнена у 17 (17,53%) пациентов. Стеноз в области гастроэзофагеального перехода

наблюдался у 5 (5,15%) пациентов. Клинический рецидив симптомов без установленной анатомической причины наблюдался у 8 (8,25%) пациентов. Методы и Результаты. Ход операции по поводу рецидива грыжи включал восстановление абдоминальной позиции пищевода, заднюю крурорафию у 32 (32,99%) пациентов, заднюю и переднюю крурорафию у 6 (6,19%) пациентов, использование сетчатого импланта для пластики диастаза ножек диафрагмы выполнено у 6 (6,19%) пациентов. Ход операции по поводу «Slippage»-синдрома включал в себя ревизию первоначальной манжетки, ее «разворачивание», формирование новой манжетки: по Ниссену у 11 (11,34%) пациентов, по Тупе у 6 (6,19%) пациентов. Задняя крурорафия была выполнена у 6 (6,19%) пациентов. Ход операции по несостоятельности манжетки у 17 (17,53%) пациентов включал в себя ревизию имеющейся деформированной манжетки и перевод ее в короткую мягкую манжетку по Ниссену; при необходимости выполняли заднюю крурорафию у 5 (5,15%) пациентов и проксимальную гастропексию у 6 (6,19%) пациентов. При стенозе в области манжетки при операции был выявлен спаечный процесс в верхних отделах брюшной полости с рубцовым перипроцессом в области сформированной манжетки. Данным 5 (5,15%) пациентам выполняли ревизию манжетки, а циркулярную манжетку переводили в парциальную по Тупе. Рецидив ГЭРБ без видимых (по данным предоперационного обследования) изменений первоначальной манжетки отмечен у 8 (8,25%) больных. Эти данные были подтверждены интраоперационной картиной. Хирургическую тактику в данных случаях определяли по клинической картине: в 5 (5,15%) наблюдениях (4 (4,12%) больных с жалобой на метеоризм и 1 (1,03%) с жалобой на дисфагию) плотная длинная протяженная циркулярная манжетка была переведена в более мягкую и короткую циркулярную, у 3 (3,09%) пациентов с рецидивом ГЭРБ парциальная манжетка была переведена в циркулярную. Медиана наблюдения за повторно оперированными пациентами составила 63 месяца (12 – 139 месяцев). Вывод. Возможным объяснением возникших рецидивов после первой фундопликации может быть недостаточный опыт операционной бригады, механические ошибки в ходе выполнения операции, неверно выбранная модификация антирефлюксной операции для конкретного пациента.

637. Ургентная лапароскопическая хирургия.

*Галлямов Э.А. (1), Луцевич О.Э. (2), Агапов М.А. (3),
Бусырев Ю.Б. (4), Кириллин А.В. (4), Ерин С.А. (5),
Преснов К.С. (6), Галлямов Э.Э. (7),
Гололобов Г.Ю. (1).*

Москва

1) ПМГМУ, 2) МГМСУ, 3) МНОЦ МГУ, 4) ГКБ №23
5) ГКБ №50 6) ММЦ ЦБ РФ 7) ФМБА

ВВЕДЕНИЕ. Эндовидеохирургические технологии получают широкое применение не только при плановом оперативном лечении хирургической патологии, но и в ургентной хирургии. С 1993 г. по 2018 г. в клиниках, представленных коллективом авторов, при острой патологии органов брюшной полости были проведены более 9165 экстренных оперативных вмешательств с использованием эндовидеохирургических технологий. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Коллективом авторов выполнены 3025 лапароскопических аппендэктомий при остром аппендиците, 4887 лапароскопических холецистэктомий при острых холециститах, 224 лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки при острых панкреатитах, ферментативных перитонитах, 258 лапароскопических ушиваний прободных гастродуоденальных язв, 223 лапароскопических разрезов кишечной непроходимости при острой спаечной тонкокишечной непроходимости, 65 экстренных лапароскопических резекций толстой кишки, 178 лапароскопических герниопластик ущемленных паховых грыж. 295 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. Основной этап – ликвидация острой хирургической патологии. В случае острой кишечной непроходимости, в 58% случаях она была обусловлена единичной спайкой, в 42% случаях массивным спаечным процессом. Основной 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 obturating опухолью выполнено 21 лапароскопическая операция типа Гартмана с выведением колостомы, в последующем пациентам выполнялась лапароскопическая реконструкция. В 2 случаях выполнена резекция поперечной ободочной кишки. В 19 случаях выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с открытой декомпрессией и первичным анастомозом. При дивертикулите и перфорации дивертикула с диффузным перитонитом выполнены 23 лапароскопических резекции сигмовидной кишки с выведением колостомы. При тотальных и субтотальных падреонекрозах выполнена 224 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 периодах: использование противоспаечных барьеров Intercoat, Interceed, 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.

638. Хирургия острой и осложненной патологии диафрагмы

*Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Филахтов Д.П.,
Вегнер Д.В., Колкина В.Я.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет им. М.Горького, кафедра хирургии
им. К.Т. Овнатаняна

Целью работы явилось изучение особенностей клиники, диагностики и лечения острых и осложненных форм хирургической патологии диафрагмы. Материал и методы. В клинике факультетской хирургии им. К.Т. Овнатаняна Донецкого государственного медицинского университета за период с 2007 по 2017 гг. находились на лечении 202 больных с различными формами хирургической патологии диафрагмы, у 129 из которых процесс имел осложненный характер. Из числа последних, лишь 36 (28%) пациентов с поступили в клинику с правильным и своевременно установленным диагнозом. Хирургическому лечению подверглись 40 пострадавших с острыми повреждениями диафрагмы и 75 пациентов с различными видами осложненных диафрагмальных грыж. При повреждениях купола диафрагмы и пролапсе в плевральную полость абдоминальных органов наблюдалась у 33 пациентов, операция заключалась в выделении и репозиции грыжевого содержимого с ушиванием дефекта диафрагмы двурядным швом. По одному случаю дополнительно понадобилась резекция ущемленной некротизированной части тонкой и толстой кишки. У 2 пациентов, в связи с тяжелой закрытой травмой груди, имело место достаточно редкая рентгенологическая картина высокого стояния и неподвижности одного из куполов диафрагмы, а у одного больного наблюдалась парадоксальная («коромыслообразная») подвижность куполов, обозначаемая рядом зарубежных авторов, как «контузия диафрагмы». При крупных дефектах диафрагмы у 2 больных ликвидация грыжевых ворот осуществлена за счет разработанного нами метода «дубликации», сочетающего в себе элементы частичного «гофрирования» диафрагмы и ее «дубликатуры» (патент Украины №10332). Одного пациента 56 лет, спустя год после операции по месту жительства по поводу посттравматического разрыва левого купола диафрагмы, мы были вынуждены оперировать

повторно, в связи с ущемлением пролабиравших в плевральную полость петель тонкой кишки, с последующим замещением крупных дефектов левой стенки перикарда и левого купола диафрагмы проленовой сеткой. Наконец, 75 пациентам, страдающих осложненной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, выполнено хирургическое вмешательство по методике клиники (Колкин Я.Г.) пластики пищеводного отверстия диафрагмы (патент Российской Федерации №764665). Не оперированы 10 пациентов, из которых один больной с ущемлением кишечной петли в дефекте купола диафрагмы поступил в клинику в терминальном состоянии с перитонитом и умер вскоре после поступления. Пять пациентов с тяжелым реперкуссивно-ирритативным синдромом лечились консервативно. Также, не подверглись операции 4 больных с тяжелой анемией. Результаты. Результаты лечения у 115 оперированных пациентов с острыми и осложненными формами хирургической патологии диафрагмы оказались вполне удовлетворительными. Умерло 2 оперированных больных с тяжелой сочетанной травмой, включая ранение диафрагмы, в связи с массивностью травмы, не совместимой с жизнью. Остальные пациенты выздоровели.

639. Консервативное лечение трофических язв нижних конечностей в амбулаторных условиях

*Туркин Д.В., Канксиди И.В., Кузнецов Ю.С.,
Породенко Е.Е.*

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

По литературным данным в развитых странах критическая ишемия нижних конечностей встречается у 500-1000 пациентов на один миллион населения в год. У 42-67% пациентов развиваются язвенно-некротические поражения дистальных отделов конечностей, причем, по причине дистального характера поражения артериального русла, проведение прямых вазальных реконструкций невозможно у 54% больных. Кроме того, консервативное лечение эффективно лишь в 25-49% при наличии незаживающих язв и в 50-70%

при болях покоя. Принято условное разделение неопангенеза на хирургический: лазерное, механическое туннелирование мышц голени, поясничная симпатэктомия, реваскуляризирующая остеотрепанация и остеомиопластика, трансплантация сальника на питающей ножке. И терапевтический: введение аутокрови, ведение генных комплексов (гены VEGF, ANG, FGF), введение «неоваскулогена», введение мультипотентных, мезенхимальных стромальных клеток, введение белковых проангиогенных факторов роста. Учитывая вышеперечисленные особенности поражения дистального артериального русла нижних конечностей, мы в своей работе использовали возможности терапевтического неопангенеза. Цель исследования. Улучшить результаты консервативного лечения у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей в амбулаторных условиях. Материалы и методы. В работе обобщен опыт лечения 65 пациентов, средний возраст составил 54 ± 14 лет, соотношение мужчин и женщин 2,3: 1. Группы исследования составили пациенты с трофическими осложнениями хронической артериальной (ХАН, 41 пациент) и венозной недостаточности (ХВН, 24 пациента). Всем пациентам проводилось триплексное ультразвуковое сканирование сосудов нижних конечностей. Всем отобранным пациентам по объективным причинам хирургическая реваскуляризация сосудов нижних конечностей показана не была. Важным условием работы была возможность проведения всех необходимых манипуляций в амбулаторных условиях с низкой экономической составляющей. Результаты. Для консервативного лечения трофических язв нижних конечностей был использован запатентованный способ лечения (патент РФ № 2593582), который заключается в комплексном воздействии на язву раневого покрытия созданного из аутоплазмы и ударной волны. Аутоплазма стимулирует регенерацию за счет факторов роста и цитокинов, которые секретируются из α -гранул тромбоцитов. Большинство цитокинов, обнаруживаемых в тромбоцитах, содержат TGF- β (продуцирующий фактор роста β), PDGF (тромбоцитарный фактор роста), инсулиноподобные факторы роста IGF-I и IGF-II, FGF (фактор роста фибробластов), VEGF (фактор роста сосудистого эндотелия), фактор роста эпидермальных тканей и фактор роста клеток эндотелия. Ударная волна увеличивает выработку факторов критического роста раны, способствуя появлению капилляров. Сущность способа заключается в следующем. Выполняют забор крови пациента, получают плазму путем центрифугирования, добавляют к ней 10% раствор

хлористого кальция из расчета 1:1, термостатируют смесь в течение 20 минут при температуре 400С, получая стабилизированную биологически активную пленку, и после обработки язвы и прилегающей к ней ткани ударной волной 100- 1000 ударов на см², при силе удара 0,1 мДж/мм², и обработки язвы стерильным нейтральным раствором, на язву наносят полученную пленку закрывая асептической повязкой, процедуру повторяют 7-8 раз с интервалом в 5 дней. Всего удалось обеспечить полное закрытие язвенного дефекта у пациентов хронической артериальной недостаточностью в 92,7% случаев и в 80,2% при хронической венозной недостаточности, а в 19,8% язва уменьшилась на 2/3 (циркулярные язвы нижних конечностей в группе пациентов с ХВН). Аллергических реакций и других осложнений инфекционного и неинфекционного характера отмечено не было. Выводы. Консервативный способ лечения трофических язв нижних конечностей показал высокую эффективность, простоту выполнения, не требует госпитализации больных, сокращает количество перевязок и общую сумму на лечение данной группы пациентов.

640. Вопросы определения эффективности работы и нормы загрузки койки дневного хирургического стационара.

Воробьев В.В.

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, кафедра амбулаторно-поликлинической помощи

Одним из эффективных направлений развития системы медицинского обеспечения на догоспитальном этапе признано формирование дневных стационаров, позволяющее расширить объем медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, более рационально использовать коечный фонд больниц за счет сокращения госпитализации определенной категории пациентов, экономить материальные

средства при лечении больных. В настоящее время работа дневного хирургического стационара (ДХС) регламентируется приказами МЗ РФ от 09.12.1999г. №438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» и от 15.11.2012г. №922Н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия». Однако критерии оценки деятельности дневного хирургического стационара, нормы загрузки койки дневного стационара в настоящее время отсутствуют. В связи с этим формирование штата ДХС осуществляется вне зависимости от загрузки койки и от количества пролеченных больных. Нами проанализирована работа койки дневного хирургического стационара клиники амбулаторно-поликлинической помощи ВмедА за 10 лет. Изучен опыт работы дневных стационаров г. Санкт-Петербурга, а также по данным литературы опыт работы ДХС г. Москвы, Ставрополя, Воронежа и др. городов. Оценивали такие показатели как оборот койки, среднее число дней занятости койки, использование плановой коечной мощности, использование фактической коечной мощности. В клинике амбулаторно-поликлинической помощи эти показатели составили за 10 лет работы соответственно: 114,1152, 327 и 321, а в дневных стационарах МЗ РФ: 37-50, 379-457, 156-190, 201-242. Из представленных данных видно, что показатели работы койки дневного стационара клиники амбулаторно-поликлинической помощи ВмедА в 2-3 раза выше аналогичных в России, в связи с чем они могли бы быть приняты за основу при оценке эффективности работы дневных хирургических стационаров. Вместе с тем, оценивать работу дневного хирургического стационара в отрыве от его штата нельзя. Согласно приказа МЗ от 15.11.2012 №922н в штат ДХС на 15 коек входят 2 хирурга, 1 анестезиолог, а также средний и младший медицинский персонал. При средней длительности лечения больных в дневном хирургическом стационаре от 9 до 10 дней за год может быть пролечено от 400 до 500 человек. Но ведь статус койки дневного стационара предусматривает лечение на ней нескольких больных. Допустим, что на койке дневного стационара в день лечение получают 2 или 3 больных, тогда за год количество пациентов в ДХС составит соответственно 800-1000 и 1200-1500 пациентов. Справится ли с таким потоком больных рекомендуемый МЗ штат ДХС? Конечно, нет. Мы предлагаем определять штат ДХС в зависимости от его загрузки, определяемой оборотом койки. Если оборот койки до 30, то штат должен соответствовать приказу МЗ РФ №922н. Если оборот койки до 60, то

требуется увеличение штата примерно в 2 раза, а при обороте койки до 90- в три раза. При этом целесообразно в штатном расписании указывать количество больных, которым может быть оказана помощь на койках дневного хирургического стационара. Например, дневной хирургический стационар на 15 коек и на 45 пациентомест. Это означает, что на 15 койках в сутки лечение должны получить 45 пациентов. В заключении необходимо отметить, что в данном сообщении представлены принципиальные подходы к определению эффективности работы и нормы загрузки ДХС. Конкретные цифры, представленных расчетах в дальнейшем могут и должны уточняться, однако без определения эффективности работы ДХС и в зависимости от этого определения штата ДХС в настоящее время не добиться дальнейшего развития стационарзамещающих технологий.

641. Возможности стационарзамещающих технологий в лечении трофических язв нижних конечностей

*Кательницкий Иг.И., Кательницкий И.И.,
Божко А.В., Ливадняя Е.С., Дурицкий М.Н.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ

Актуальность. Большинство пациентов с трофическими язвами поступают в сосудистый стационар имея необратимые изменения в конечностях. Крайне редко при назначении терапии учитывается такой фактор развития заболевания как недостаточная физическая активность, которая ведет к усугублению нарушений липидного спектра крови, ухудшению функционального состояния эндотелия. Внедрение стационарзамещающих методов лечения и индустриальных технологий управления качеством в стационаре или поликлинике приводит к уменьшению затрат на лечение и улучшению результатов терапии. Цель: улучшить прогноз и течение заболевания при трофических язвах на фоне хронической артериальной недостаточности нижних конечностей атеросклеротического генеза, путем разработки алгоритма выбора оптимального

способа медикаментозного, нефармакологического или оперативного лечения. Материалы и методы: 159 пациентов с трофическими язвами на фоне хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей разделены на 2 группы: I группу (77 пациентов) - находились на диспансерном лечении у хирурга поликлиники и не систематически проходили курсы лечения, II группа (82 пациента) - применена усовершенствованная тактика выбора индивидуальных методов лечения и ведения пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на амбулаторном этапе на основании разработанной шкалы риска развития критической ишемии. Результаты. Через 2 года после лечения отмечена различная динамика показателей в двух группах, в сравнении с исходными данными. В обеих группах достоверно отмечено статистически значимое улучшение показателей работоспособности, физического состояния и снижение интенсивности болевого синдрома по сравнению с исходными данными. Однако, повышение социальной роли, психического состояния и эмоционального фона отмечено только у больных II группы. Анализ выживаемости по Каплан-Мейеру с учетом групп риск ампутации показал, что наиболее высок данный показатель в первой группе (26% пациентов на конец периода наблюдения) относительно второй. Выживаемость Каплана-Мейера с учетом групп риск повторных операций наиболее высока в первой группе (37% пациентов на конец периода наблюдения), однако на протяжении исследования частота исходов двух групп совпадает. Выводы. Эффективность лечения пациентов в условиях дневного стационара поликлиники оценивают по показателям выживаемости больных и сохранности конечности. Преимущество в ведении пациента в стационаре и на амбулаторном этапе позволяет вести динамическое наблюдение за больными, а также при ухудшении состояния направлять на оперативное лечение с целью сохранения конечности.

642. Способы хирургического лечения и локальной терапии постстернотомического медиастинита

Потапов В.А. (1), Кохан Е.П. (2), Асанов О.Н. (2), Мусаилов В.А. (1)

Красногорск

1) Филиал №1 ФГБУ "З ЦВКГ им. А.А. Вишневского" МО РФ, 2) Кафедра неотложной хирургии и онкологии филиала ВМедА им. С.М. Кирова

Постстернотомический медиастинит (ПМ) - одно из самых серьезных осложнений у пациентов, перенесших операции на сердце, с частотой от 1% до 3%. Несмотря на значительные успехи, уровень смертности остается высоким в пределах от 10% до 25%. Материалы и методы. В рамках научно-исследовательской работы проводится исследование, основанное на материалах центров сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневского» и ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» (ретроспективно - 2010-2015 гг.; проспективная группа – с сентября 2015 г.). Проанализированы результаты хирургического лечения 78 пациентов с ПМ. Средний возраст пациентов составил 63,7 лет (от 45 до 81 года). Клиническая картина зависела от типа и тяжести ПМ, срок верификации которых после первичной кардиохирургической операции составил $22,4 \pm 13,2$ дня. Результаты и обсуждение. У 69 пациентов осуществлялось хирургическое лечение ПМ. В связи с рецидивирующим течением стерномедиастинита у ряда больных для достижения ремиссии требовалось до 6 оперативных вмешательств в течение двух лет. Всего выполнено 133 операции: в 44% случаев – вторичная хирургическая обработка (ВХО), включающая в зависимости тяжести протекания стеральной инфекции удаление инфицированных проволочных лигатур, остеонекрэктомия грудины, резекцию ребер, реостеосинтез грудины, последующее наложение вторичных швов (НВШ) и закрытое проточно-промывное дренирование; в 20,3% - ВХО, отсроченный реостеосинтез грудины и НВШ; в 13,6% - иссечение лигатурных свищей с санацией очагов деструкции грудины и НВШ; в 11,9% - отсроченная на 2-3 месяца ВХО с иссечением сформированных лигатурных, реберных свищей, удалением инфицированных инородных тел (лигатур, креплений, электродов), закрытием раневого дефекта; в 8,5% - НВШ на гранулирующую постстернотомическую рану после местного лечения; в 1,7% - оментопластика, пластика большой грудной мышцей. Проспективная группа к

настоящему времени включает 29 пациентов, в лечении которых применен метод вакуумного дренирования ран (VAC-терапия) с использованием синтетических пористых материалов в целях подготовки к реконструктивному этапу. VAC-терапия проводилась на второй день после ВХО раневого дефекта, либо со дня поступления при отсутствии выраженных воспалительно-деструктивных изменений постстернотомической раны. Длительность применения этой методики составила $12,1 \pm 8,4$ суток. В первые два месяца в данной группе отмечено снижение частоты рецидивов с 46,1% до 17,3% по сравнению с ретроспективными результатами лечения аналогичной группы больных с ПМ. Стоит выделить опыт успешного лечения 7 пациентов с тяжелым течением стеральной инфекции, 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. Общая летальность составила 8,9% (7 пациентов): от тяжёлого сепсиса с полиорганной недостаточностью умерло четверо, 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. Таким образом, пристальное внимание хирургов к данной проблеме обусловлено сложностью лечения постстернотомического медиастинита. Ряд вопросов касательно лечения данного осложнения у кардиохирургических больных требует дальнейшего изучения. В связи с растущей резистентностью микроорганизмов к антибиотикам и возникающими на этом фоне проблемами в их адекватном подборе, хорошие перспективы имеет использование поливалентных комбинированных бактериофагов в сочетании с VAC-терапией.

643. Опыт лечения пациента с инфицированием зоны сетчатого трансплантата

*Невельский В.В., Найденов А.А.,
Титовец А.Ю., Гарибян Н.Э*

Санкт—Петербург

СпбГБУЗ «Городская Больница №26»

Актуальность. В настоящее время хирургия больших грыж передней брюшной стенки не представляется возможной без ненатяжной пластики. В то же время, в условиях использования сетчатых трансплантатов при ущемленных грыжах, риск инфекционных осложнений составляет, по данным разных авторов, от 3,8 до 16%. Многие авторы (Szczzerba SR, Dumanian GA), (Jezupors A, Mihelons M), при инфицировании рекомендуют удаление сетчатого трансплантата, что приводит, как правило, к рецидиву грыжи, и последующим операциям. Сохранение сетки, используя все методы лечения - очень важная и актуальная задача. Материалы и методы: Пациентка Н, 46 лет поступила в экстренном порядке в Городскую больницу № 26 с диагнозом «Острый живот. Острая кишечная непроходимость. Ущемленная пупочная грыжа». При поступлении предъявляла жалобы на боли схваткообразного характера в области грыжевого выпячивания, тошноту, рвоту. Из анамнеза - больна в течение 12 часов. Объективно: в области пупка имелось грыжевое выпячивание 15x10x10 см, невправимое в брюшную полость, резко болезненное при пальпации, «кашлевой толчок» не определялся. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имелись единичные тонкокишечные уровни жидкости. В экстренном порядке под наркозом была выполнена герниолапаротомия. На операции выявлена гигантская параумбиликальная грыжа с ущемлением тонкой кишки. Кишка была признана жизнеспособной. Произведено разделение спаек, сепарационная аллопластика грыжи по Рамиресу. Установлен сетчатый полипропиленовый протез 18x15 см. Фиксация протеза и шов апоневроза выполнялись нерассасывающейся поливинилиденфторидной мононитью. В произведенном посеве из брюшной полости роста микроорганизмов не выявлено. Послеоперационный период протекал гладко. Признаков SIRS не отмечалось. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 10 сутки от операции. На 10 сутки после выписки пациентка повторно поступила в стационар с

диагнозом направления «Свищ в области послеоперационного рубца». В течение 3 суток пациентка отмечала повышение температуры до фебрильных цифр, накануне поступления появились обильные выделения мутной жидкости из раны. При обследовании в средней трети рубца имелся свищевой ход, сообщающийся с полостью в подкожной клетчатке, содержащей гной, лизированную кровь и некротические ткани. Выполнен посев отделяемого из раны – *Staphylococcus epidermidis* MRSE (чувствительный к ванкомицину, линезолиду). В клиническом анализе крови - лейкоцитоз 20,6 со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Учитывая большой размер дефекта передней брюшной стенки и невозможность закрытия брюшной полости в случае удаления трансплантата, принято решение о попытке консервативного лечения с помощью NPWT терапии. Выполнена хирургическая обработка раны: иссечены некротизированные участки апоневроза и подкожной клетчатки, удалена нить, которой был подшит трансплантат. Сетчатый протез выполнял дно раны и плотно прилегал к прямым мышцам живота. Ниже протеза имеется затек в предпузырную клетчатку. После обработки раны и иссечения некротизированных тканей была установлена пена в сторону затека в предпузырной клетчатке. Раневая полость была выполнена пеной. Установлена NPWT система. Режим вакуум-аспирации прерывистый 120 мм.рт.ст. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (Цефаперазон /сульбактам, Ванкомицин) Смена NPWT системы проводилась через дважды через 72 часа. Через 6 суток от начала NPWT терапии рана полностью очистилась, в дне раны яркие, хорошо кровоточащие грануляции, некротических тканей нет. Больная не лихорадит, лейкоцитоза нет. Установлены дренажи по Редону в подкожную клетчатку. Рана ушита. Дренажи удалены на 5 и 7 сутки, Снятие швов и выписка в удовлетворительном состоянии на 18 сутки от поступления. Выводы: Применение комплексной терапии, включающей в себя антибактериальную (в соответствии с посевами на микрофлору и чувствительность) и NPWT терапию позволяет, в ряде случаев, при инфицировании установленной сетки, избежать ее удаления и обеспечить сохранение аллотрансплантата в передней брюшной стенке.

644. Гиперпигментация как эстетическая особенность раннего послеоперационного периода при механохимической облитерации вен

Маркин С.М., Климчук И.П., Калинин С.С., Роговой Н.А.

Санкт-Петербург, 2) Минск, 3) Минск, 4) Минск

- 1) СПб КБ РАН, 2) Городская больница №40,
- 3) Городская больница №40,
- 4) Городская больница №40

Актуальность: Активное внедрение механохимической облитерации в клиническую практику определило появление новых особенностей послеоперационного периода, нехарактерных для эндовазальных методов «золотого стандарта». Среди указанных проявлений особое место занимает пигментация в проекции облитерированной вены в ответ на комбинированное воздействие на эндотелий режущих кромок катетера Флебогриф и пенной формы 3% этоксисклерола. Целью исследования явилось уточнение частоты возникновения гиперпигментации, динамики процесса в послеоперационном периоде. Методы. Исследование проведено с ноября 2016 года по январь 2018. Механохимическая облитерация выполнена у 164 пациентов, 69% - женщины, а 31% – мужчины. Обработка БПВ выполнена в 79% случаев, в 21% - МПВ. При механохимической облитерации использовался 3% этоксисклерол в объеме 1 см3 на 4-5 см. Позиционирование кончика катетера проводилось в 1-2 см от остиального клапана. В послеоперационном периоде пациентам рекомендовалось ношение госпитального трикотажа 2 класса компрессии 30 дней, соблюдение активного двигательного режима. Рутинное назначение антикоагулянтов не проводилось. Клиническое обследование проводилось на 1-2 сутки после операции, через 1 неделю, 1 месяц после операции. Пациенты с выявленной с пигментацией осматривались через 3,6 месяцев. Наличие пигментации определялось визуальным осмотром, специальные методы цифровой обработки не использовались. Результаты. В ходе контрольных осмотров появление пигментации отмечалось к 7 суткам у 29 пациентов, что составило 17,6% прооперированных. При этом у 20 пациентов (в 69%) гиперпигментация наблюдалась на фоне явлений тромбофлебита различной степени выраженности. В ходе дальнейшего наблюдения за указанной группой

отмечено разрешение пигментации у 11 пациентов к концу 3 месяца после операции, осмотр оставшихся 9 пациентов на сроке 6 месяцев не выявил значимых следов пигмента. Специфических мероприятий по коррекции пигментации не выполнялось, топическая терапия не назначалась. Выводы. Таким образом, патогенетические аспекты механохимической облитерации определяют появление в раннем послеоперационном периоде гиперпигментации с частотой, превышающей аналогичные показатели при эндовазальной лазерной и радиочастотной облитерации. Указанные проявления являются транзиторными, наиболее часто сопровождают реактивный флебит, в большинстве случаев разрешаются в сроки до 3 месяцев, в отдельных – сохраняются до 6 месяцев. Указанные проявления разрешаются самостоятельно и не требуют дополнительных медикаментозных, немедикаментозных назначений. С целью повышения комплаентности целесообразно предоперационное информирование пациентов о подобных временных проявлениях.

645. Интраоперационная оксигенотерапия в комплексном лечении распространенного перитонита как профилактика нагноения послеоперационных ран

*Мехтиев Н.М. (1), Тимербулатов М.В. (1),
Субхангулов З.М. (1), Хафизов Р.М. (2),
Грушевская Е.К. (1), Булгакова К.Р. (1),
Хазиев А.В. (1)*

Уфа

1) БГМУ 2) ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа

Актуальность. Согласно классификации раны после лапаротомии по поводу распространенного перитонита относят к «грязным». По данным авторов, частота нагноения таких ран достигает 40% и выше, тогда как нагноение послеоперационных ран продлевает сроки лечения, повышает его стоимость. Материал и методы. Нами пролечено 99 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными распространенным гнойным перитонитом. В контрольную группу вошли 46 больных, которым

после соответствующей предоперационной подготовки проводилась лапаротомия, устранение источника перитонита, санация, дренирование брюшной полости, закрытая интубация ЖКТ по показаниям. В послеоперационном периоде проводилась инфузионно-трансфузионная, антибактериальная терапия, вводились антикоагулянты, а также кардиотропные препараты, гепатопротекторы, ноотропы, препараты, улучшающие микроциркуляцию. При этом нагноение послеоперационных ран наступало в 29,5% случаев. Летальность составила 21,7%. В основную группу вошли 53 больных, которым проводилось такое же лечение, как пациентам контрольной группы, но с добавлением сеансов интраперитонеальной оксигенотерапии (в брюшной полости достигалось давление – 5-10 мм.рт.ст.) (по 15 минут каждые 2 часа). Помимо этого проводилось промывание интубационных зондов 5% раствором глюкозы с последующей интратестинальной оксигенотерапией под низким давлением кислорода (по 5 минут каждые 4 часа). Терапия продолжалась в течение 3-5 дней послеоперационного периода. Непосредственно перед ушиванием послеоперационной раны производился забор материала для определения уровня гипоксии, лизосомально-катионных белков, проведения микробиологического анализа. После ушивания раны измерялось парциальное давление кислорода. Полученные результаты и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в конце операции все раны контаминированы вирулентной микрофлорой с высоким титром обсемененности, уровень гипоксии при этом составляет $10,17 \pm 0,21$ мм.рт.ст. (норма – 90-95 мм.рт.ст), а в нейтрофильных лейкоцитах отмечается низкий уровень гликогена и лизосомально-катионных белков. В послеоперационном периоде на 3,5,7 сутки было произведено измерение парциального давления кислорода. При этом у больных основной группы уровень PO_2 на 5 сутки составил $32,01 \pm 0,19$ мм.рт.ст., а у больных контрольной группы – $18,19 \pm 0,21$ мм.рт.ст. Летальность в основной группе составила 6 человек (11,32%), нагноение ран – у 9 человек (15,1%). Выводы. Интраперитонеальная оксигенотерапия в комплексном лечении распространенного перитонита позволяет устранить гипоксию в области послеоперационной раны, что приводит к снижению частоты нагноений ран с 29,5 до 15,1%.

646.Изучение качества жизни у больных с доброкачественной патологией щитовидной железы после тиреоидэктомии

Дубошина Т. Б., Заикин А. В, Аскеров М. Р, Амиров Э.В.

Саратов

ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского "МЗ РФ

В России по данным ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ в структуре эндокринных заболеваний тиреоидная патология занимает первое место. Ежегодно в медицинские учреждения обращаются более 1,5 млн. взрослых и 650 тыс. детей с заболеваниями щитовидной железы. В связи с этим ежегодно растет и число оперативных вмешательств на щитовидной железе, главным образом тиреоидэктомии и гемитиреоидэктомий (соответственно рекомендации РАЭ). В последние годы появилось множество исследований качества жизни после тиреоидных операций для оценки результатов хирургического лечения. Особый интерес представляет качество жизни после тиреоидэктомии. Цель данной работы: изучение качества жизни до и после тиреоидэктомии с помощью анкетирования MOS SF -36 у пациентов с доброкачественной тиреоидной патологией. Материал и методы. В клинике факультетской хирургии и онкологии Саратовского ГМУ с 2009 по 2016гг. оперировано 2954 пациентов с доброкачественной патологией щитовидной железы, в том числе 1382 тиреоидэктомии, 769 субтотальных резекций, 705 гемитиреоидэктомии и 98 резекций щитовидной железы. Качество жизни исследовали с помощью опросник MOS SF -36 до операции, через 6,12 и 24 месяца с момента операции. Показания к тиреоидэктомии при доброкачественных болезнях щитовидной железы сводились к следующему: диффузный токсический зоб, многоузловой зоб с компрессионным синдромом, смешанный токсический зоб. Соответственно диагнозу качество жизни определялось в двух группах: 1) при токсических формах зоба, 2) при эутиреоидном зобе с компрессионным синдромом. Полученные результаты. В группе больных с токсическими формами зоба до операции были снижены более, чем на 50% от максимума все параметры качества жизни за исключением показателя боли. После тиреоидэктомии параметры качества жизни

существенно выросли у 92% обследованных уже через 6 месяцев. Через 12 и 24 месяца параметры качества жизни приблизились к норме у 93% обследованных пациентов. В группе пациентов, которым производилась тиреоидэктомии по поводу эутиреоидного зоба с компрессионным синдромом, дооперационные показатели качества жизни были снижены в различной степени по разным параметрам. После операции через 6 месяцев значительно улучшились все показатели физического компонента здоровья, несколько меньше выросли показатели ментального и эмоционального функционирования. Через 12 и 24 месяца параметры качества жизни соответствовали норме у 95% обследованных. Обсуждение. В целом после тиреоидэктомии качество жизни улучшилось у 93 - 95% обследованных. При выяснении причин снижения параметров качества жизни после тиреоидэктомии установлено, что в группе больных с токсическим зобом основной причиной был эндокринный дисбаланс после операции (тяжелый гипотиреоз, гипопаратиреоз, эндокринная офтальмопатия). В группе больных с многоузловым зобом и компрессионным синдромом основными причинами снижения параметров качества жизни установлены нарушения функции ветвей возвратного нерва. Выводы: У больных с доброкачественными болезнями щитовидной железы после тиреоидэктомии параметры качества жизни вырастают существенно и приближаются к норме у 93 - 95% пациентов. Причины, по которым после тиреоидэктомии параметры качества жизни не улучшаются, заключаются в нарушении функции возвратного нерва и его ветвей и в наличии эндокринных нарушений. Рекомендации: Для оптимизации качества жизни после тиреоидэктомии необходимо проводить профилактику специфических послеоперационных осложнений и проводить коррекцию эндокринных нарушений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

647. Современные методы лечения хронических ран при синдроме диабетической стопы

*Ступин В.А. (2), Горюнов С.В. (1,2),
Жидких С.Ю. (1,2), Богданов А.Е. (1)*

Москва

- 1) ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗ г. Москва.
- 2) Кафедра госпитальной хирургии №1 ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России.

Актуальность: Хронической раной принято считать рану, не зажившую в течение 6 и более недель. В отечественной медицине принято несколько наименований подобных ран: трофическая язва, длительно незаживающая рана, или вялотекущая рана. Длительность хронического лечения ран составляет от 8 до 40 недель, у 20-35% раны закрываются в более поздние сроки или не заживают вовсе. Стоимость лечения достигает 5-40 тыс. долларов США. Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 349 пациентов с синдромом диабетической стопы в ГКБ №15 им. О.М. Филатова. Средний возраст пациентов с синдромом диабетической стопы 62,4±4,2 года. 54,2% составили женщины и 45,8% мужчины. Сахарный диабет I типа отмечался в 8,1%, II типа у 91,9%, причем у 10,9% больных сахарный диабет был впервые выявленный. На первом этапе при выявлении значимых гемодинамических нарушений проводились сосудистые реконструктивные операции. На втором этапе выполнялись радикальные хирургические обработки гнойно-некротических очагов с некрэктомией. На третьем этапе проводилась стимуляция репаративных процессов с помощью медикаментозных препаратов, интерактивных повязок, способствующих стимулировать раневой процесс в группе сравнения у 183 пациентов. У 112 пациентов на 1 и 2 фазе раневого процесса проводилась вакуум-терапия, у 16 пациентов 1 и 2 фазу раневого процесса проводилась лечение в сочетании с препаратом Эберпрот-П, у 18 пациентов в 2-ю фазу раневого процесса проводилась лечение в сочетании с клеточной терапией аллогенными мезенхимальными стволовыми клетками пуповины человека и в конце 2-ой, начале 3 фазы с использованием нативного коллагена Коллост. На четвертом этапе, при невозможном или длительном спонтанном заживлении выполнялись реконструктивно-пластические операции (аутодермопластика, пластика местными тканями, комбинированная пластика, лоскутная пластика).

Результаты: При оценке результатов применения препарата Эберпрот-П отмечалось на 30% больше самостоятельного закрытия хронических раневых дефектов по сравнению с стандартными методами лечения, ускорение спонтанное заживление хронических ран в среднем на 19±2 дней. Однако до 100% случаев отмечались побочные эффекты и аллергические реакции, при этом средней степени тяжесть до 30%, тяжелой степени тяжести до 15%. Осложнения в основной группе составило до 20%. При оценке результатов применения препарата Коллост отмечалось до 15% большего самостоятельного закрытия хронических раневых дефектов по сравнению с стандартными методами лечения в течении месяца наблюдения и ускорения уменьшения площади хронических ран в 3,33 раза по сравнению с контрольной группой в течении месяца наблюдения. Побочных эффектов в ближайшем и отдаленном периоде и аллергических реакций не наблюдалось, осложнений после клеточной терапии выявлено до 2%, легкой степени тяжести. При оценке результатов лечения с клеточной терапией аллогенными мезенхимальными клетками отмечалось до 61% спонтанного заживления, что в 2 раза больше чем в группе сравнения, ускорение уменьшения площади раневого дефекта в 5,5 раз по сравнению с группой сравнения в первые две недели после клеточной терапии. Сроки спонтанного заживления в контрольной группе были в 2 раза больше. Побочных эффектов в ближайшем и отдаленном периоде и аллергических реакций не наблюдалось, осложнений после клеточной терапии выявлено до 2%, легкой степени тяжести. Выводы: Применение современных технологий в лечении пациентов с хроническими ранами при синдроме диабетической стопы, в том числе применение вакуум терапии, клеточных технологий и генной инженерии, факторов роста, приводит к существенной оптимизации лечения, что позволяет уменьшить сроки лечения и подготовки к реконструктивно-пластическим операциям, уменьшить затраты на лечение и улучшить качество жизни пациентов.

648. Многолетний опыт применения технологии дозированной тканевой дистракции при лечении ран различной этиологии в условиях многопрофильного лечебного учреждения

Пятаков С.Н., Завражнов А.А., Лукьянченко И.В., Барышев А.Г., Пятакова С.Н., Бардин С.А.

Краснодар, 2) Сочи

1) Кубанский Государственный медицинский университет 2) Городская больница №4 города Сочи

Актуальность: По данным отечественных и зарубежных авторов сохраняется большое количество больных с обширными раневыми дефектами всех локализаций, возникших в результате некротизирующей инфекции мягких тканей (НИМТ) и различных травматических повреждений. Сохраняющаяся высокая летальность, трудоемкость лечебного комплекса и большие материальные расходы на оказание помощи этим пациентам, сложность в закрытии обширных раневых дефектов на реконструктивном этапе лечения определяют основу актуальности данной проблемы в современной хирургии. Цель: Оптимизировать оказание хирургической помощи пациентам с обширными дефектами мягких тканей различной этиологии и локализации. Материал и методы: За последние 9 лет нами разработаны и активно используются 7 оригинальных запатентованных методик дозированной дистракции мягко-тканых лоскутов на разных областях человеческого тела, в том числе на брюшной стенке, конечностях, в проекции расположения сосудистых пучков. По данным методикам пролечено 654 больных хирургических отделений ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского», г. Краснодар и МБУЗ «Городская больница №4» г. Сочи. В зависимости от метода лечения в основную группу вошли 395 пациентов, в лечении которых использовали оригинальные разработанные методы, в контрольную – 259 пациентов с применением стандартных подходов к лечению. Разработан алгоритм применения данной технологии при НИМТ и при ранах травматического генеза. Основой новизны применяемых методик является использование ДРМТ в постоянном режиме времени с заданной контролируемой силой тяги лоскутов с учетом локализации, формы раневого дефекта, возраста и преморбидного фона пациентов. Для оптимизации методик применены

различные приспособления и модификации для разных областей человеческого тела: устройство для спицевой дермотензии при закрытии обширных дефектов волосистой части головы (патент на изобретение RUS 2369342 26.03.2008); портативное устройство для дермотензии обширных раневых поверхностей (патент на полезную модель RUS 79240 31.07.2008); способ лечения обширных раневых дефектов в области сосудистого пучка на конечностях (патент на изобретение RUS 2435531 11.05.2010); приспособление для дермотензии обширных раневых поверхностей (патент на полезную модель RUS 113464 16.03.2011); способ лечения обширных раневых дефектов передней брюшной стенки (патент на изобретение № 2408291 от 10 января 2011 г.). Результаты: Сравнение длительности лечения показало, что койко-день в основной группе составил $23,7 \pm 1,7$ сут против $34,1 \pm 1,9$ сут в группе сравнения. При анализе динамики микробиологических показателей отделяемого раны установлено, что через 1 сутки после начала лечения доля положительных результатов в основной группе составила 64,2 %, в контрольной – 66,8 %. На 5-е сутки – 46,2 % и 63,7 % соответственно. На 10-е сутки данные показатели снизились до 31,2% и 48,7 % в основной и контрольной группах. Осложнения в основной группе выявлены в 25,2 % случаев, в контрольной – в 38,6 % случаев. Выводы: Метод ДТР с использованием предложенных нами методик позволил значительно ускорить пластическое закрытие ран собственными полноценными мягкоткаными лоскутами, сократить сроки пребывания в стационаре, а также улучшить непосредственный косметический результат и создать перспективы дальнейших пластических операций у данной категории пострадавших в рамках эстетической хирургии.

649. Лапароскопические и роботассистированные дистальные резекции поджелудочной железы

Шабунин А.В., Бедин В. В., Тавобилов М.М.,
Лебедев С.С., Карпов А.А., Венгеров В.Ю.

Москва

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В. В. (1,2), Тавобилов М.М. (1,2), Лебедев С.С. (1,2), Карпов А.А. (1), Венгеров В.Ю. (1,2) 1) ГКБ им. С.П. Боткина, 2) Кафедра хирургии РМАНПО

Введение. В последние годы малотравматичные методы оперативных вмешательств при опухолях тела и хвоста поджелудочной железы получили широкое распространение. Выполнение лапароскопических и роботических дистальных резекций поджелудочной железы (ЛДРП/РДРП) позволило улучшить результаты лечения этой категории больных. Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы Боткинской больницы с 2013 по 2017 г.г. находилось 42 пациента: из них 27 выполнена ЛДРП и 15 - РДРП. Средний возраст пациентов в группе ЛДРП 62±1,2 лет, соотношение мужчин и женщин в группе ЛДРП 10/17. В группе РДРП - 64±1,6 лет соотношение мужчин и женщин в группе ЛДРП 8/7. Указанные группы были статистически однородны. Время операции составило в группе ЛДРП 184±21,4 мин, а в группе РДРП 236±31,6 мин. Интраоперационная кровопотеря была в группе ЛДРП 310±54 мл, в группе РДРП 240±86 мл. Количество спленосохраняющих операций в группе ЛДРП составило 6 (из 9 возможных – 66,7%), в группе РДРП 6 (из 7 возможных – 85,7%). Средний койко-день в группе ЛДРП составил 5,4±1,8 суток, в группе РДРП – 6,1±1,6 суток. Результаты. Специфические послеоперационные осложнения по ISGPS 2016: геморрагические - ЛДРП А-1, В-2, С-1, РДРП А-0, В-1, С-1; панкреатическая фистула - ЛДРП В-7, С-1, РДРП В-4, С-0. Общие послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo: ЛДРП 1 класс – 7, 2 класс – 3, 3 (А+В) класс – 4, 4 класс – 2, 5 класс – 0; РДРП 1 класс – 3, 2 класс – 2, 3 (А+В) класс – 2, 4 класс – 1, 5 класс – 0. Сравнительный анализ показал, что при ЛДРП меньше время операции и процент спленосохраняющих вмешательств. Такие показатели, как интраоперационная кровопотеря, продолжительность стационарного лечения и количество послеоперационных осложнений не зависят от варианта оперативного вмешательства. Выводы. Применение лапароскопических и роботических дистальных резекций поджелудочной

железы является операцией выбора при новообразованиях тела и хвоста поджелудочной железы.

650. Повышение клинической эффективности применения нейроваскулярных лоскутов в лечении последствий огнестрельных ранений нижних конечностей

Богдан В.Г. (1), Сухарев А.А. (2), Федоров К.А. (2)

Минск

1) Военно-медицинский факультет в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», 2) Государственное учреждение «432 главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Боевые повреждения (огнестрельные ранения и минно-взрывная травма) характеризуются значительным разрушением тканевых структур, что ведет к необходимости выполнения различных реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств. Одним из перспективных направлений в реконструктивной хирургии является пересадка нейроваскулярных лоскутов (НВЛ) на дистальном основании. НВЛ - васкуляризованный тканевой комплекс без магистрального питающего сосуда, кровоснабжение которого происходит за счет регионарных мышечно-кожных перфорантов и их связей в разных слоях лоскута и питающей ножке. Питание суралис-лоскута осуществляется от межмышечных перфорантов малоберцовой артерии, формирующих собственную сосудистую сеть икроножного нерва и малой подкожной вены. Питающими сосудами сафенус-лоскута являются мышечно-кожные перфоранты задней большеберцовой артерии, которые образуют собственную сосудистую сеть для подкожного нерва и большой подкожной вены нижней конечности. Цель: повышение клинической эффективности применения нейроваскулярных лоскутов в лечении пациентов с последствиями огнестрельных ранений нижних конечностей. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 22 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГУ «432 главный военный

клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» с повреждениями голени и стопы, сопровождавшимися значительным дефектом мягких тканей. Реконструктивные операции проводились в срок от 10 до 45 суток с момента получения травмы. Всем пациентам с дефектом мягких тканей на передней поверхности голени выполняли пластику суральным НВЛ. У пациентов с локализацией процесса в области ахиллова сухожилия, пяточного бугра и края подошвенной поверхности стопы была проведена пластика сафенус НВЛ. Непосредственно перед оперативным вмешательством наносили разметку предполагаемого лоскута с указанием его размеров, оси сосудистого пучка и точки ротации. Забор лоскута проводили по классической методике начиная от проксимального конца лоскута в направлении точки ротации. Результаты и обсуждение. С целью повышения эффективности в технологию выполнения существующей методики применения НВЛ внесены изменения: - до операции всем пациентам выполняли ультразвуковое доплеровское сканирование сосудов нижней конечности по разработанной методике с целью определения степени проходимости глубоких и поверхностных вен, а также уровня расположения перфорантов и их состоятельность; - при необходимости для подготовки раневой поверхности к кожно-пластической реконструкции использовали VAC-системы; - не смотря на анатомическую особенность расположения сурального нерва (может входить в лоскут или ножку достаточно низко), целесообразно его включение в состав ножки в качестве дополнительной линии кровоснабжения; - в случае визуализации более одного ствола малой подкожной вены необходимо включение в состав ножки лоскута максимально возможного количества сосудистых образований; - при выделении и заборе лоскута над его сосудистой ножкой сохраняют участок кожи; - все мышечно-кожные перфоранты в области средней трети ахиллова сухожилия и далее по направлению к наружной лодыжке полностью сохраняются; - антисептические средства, применяемые для обработки послеоперационной раны не должны обладать гидрофильными свойствами. У всех пациентов, оперированных по предложенной методике, отмечено приживление лоскутов с хорошими функциональными и эстетическими результатами. Выводы. Использование модифицированного хирургического метода реконструкции обеспечивает повышение клинической эффективности применения нейроваскулярных лоскутов в лечении пациентов с

последствиями огнестрельных ранений нижних конечностей.

651. Острые нарушения сердечного ритма при острой массивной тромбоэмболии легочной артерии

Никитина О.В., Михайлов И.П., Авфуков В.И., Казиева А.М.

Москва

ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского
Департамента здравоохранения г. Москвы

Острые нарушения сердечного ритма при острой массивной тромбоэмболии легочной артерии Никитина О.В., Михайлов И.П., Авфуков В.И., Казиева А.М. ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация Введение. Острая перегрузка правого желудочка при массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) может сопровождаться гипотонией, маркирующей декомпенсацию острой правожелудочковой недостаточности. Нередко регистрируются острые нарушения синусового ритма сердца, обусловленные эмболией: пароксизм мерцания/трепетания предсердий и/или желудочковая экстрасистолия. Гипотония является основным фактором стратификации риска ранней смерти. Имеют ли острые нарушения ритма сердца независимое влияние на исход? Цель. Изучить частоту развития острых нарушений сердечного ритма у пациентов с массивной легочной эмболией и их влияние на исход; сравнить влияние на выживание тромболитического и антикоагулянтного методов лечения при острых нарушениях ритма, обусловленных массивной легочной эмболией. Материалы и методы. Частоту развития острых нарушений сердечного ритма и исходы изучали в проспективном наблюдательном режиме в выборке из 503 человек с верифицированным диагнозом ТЭЛА, проходивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии для хирургических больных НИИ СП им. Н.В.Склифосовского в период с 2011 по 2016 годы: 213 мужчин и 290 женщин в возрасте от 16 до 93 лет; средний возраст 61±16 лет, медиана 63(51; 74).

Результаты. При массивной легочной эмболии острые нарушения ритма, обусловленные острой перегрузкой правых отделов сердца, регистрировали в 9,3% наблюдений (47/503). При расстройствах ритма летальность составила 25,5% (12/47) и была статистически значимо выше по сравнению с пациентами со стабильным ритмом 13,6% (62/456), $p=0,048$, 2-сторонний тест Фишера. Нарушения ритма повышали вероятность неблагоприятного исхода в 1,88 раза (относительный риск 1,88 (95%ДИ 1,01; 3,21)). В свою очередь нестабильность гемодинамики (гипотония) так же была ассоциирована с повышением летальности в 6,3 раза (относительный риск 6,30 (95% ДИ 3,96; 10,16)). Летальность для пациентов высокого риска ранней смерти составила 38,9% (51/131), промежуточного риска - 6,2% (23/372) и различалась на высоком уровне значимости $p<0,001$, мощность 1,0. У пациентов с высоким и промежуточным риском ранней смерти не было выявлено различий в частоте развития острых нарушений ритма: при расстройствах гемодинамики их наблюдали в 12,2% (16/131) случаев, при стабильной - в 8,3% (31/372), $p=0,22$, 2-ст. тест Фишера. Тромболитическая терапия (ТЛТ) продемонстрировала значительно более высокую эффективность для выживания по сравнению с антикоагулянтным методом лечения: летальность составила 44,0% (11/25) и 4,5% (1/22) соответственно; различия были статистически значимы $p=0,002$, 2-ст. тест Фишера, мощность исследования 0,91. То есть, при острых нарушениях сердечного ритма ТЛТ снижала вероятность летального исхода в 9,7 раз по сравнению с применением АКТ (ОР 0,103 (95%ДИ 0,005; 0,645)). Тромболизис был эффективнее для выживания как среди пациентов высокого риска смерти, так и - промежуточного. Для высокого риска летальность составила 30,2% (19/63) при проведении ТЛТ и 47,1% (32/68) - при АКТ, $p=0,051$, 2-ст тест Фишера; для промежуточного - 3,1% (5/159) и 8,5% (18/213) соответственно, $p=0,048$, 2-ст тест Фишера. Заключение: острые нарушения ритма, обусловленные массивной ТЭЛА, ассоциировались с повышением смертности в 1,88 раза. При расстройствах ритма применение тромболитической терапии в 9,7 раз снижало вероятность летального исхода по сравнению с использованием антикоагулянтов.

652. Комплексное применение современных санационных технологий при лечении гнойных заболеваний мягких тканей

Сергеев В.А.(1,2,3), Глухов А.А.(1)

Воронеж, Орел

Сергеев В.А.(1,2,3), Глухов А.А.(1)1) ВГМУ им Н.Н. Бурденко 2) ОГУ им. И.С. Тургенева 3) ООКБ

Актуальность. Проблема лечения хирургической инфекции остается одной из важнейших в практической хирургии на современном этапе. По мнению разных авторов, частота инфекционных осложнений составляет 35-45%, возросла доля внутрибольничной инфекции от 12 до 22%, а летальность составляет до 25%. Цель: Оценить эффективность комплексного применения при лечении гнойных заболеваний мягких тканей современных санационных технологий: ультразвуковых, вакуумных, метода программной ирригационно-аспирационной санации (ПИАС). Материал и методы: Анализированы результаты лечения 356 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей за 2006-2016 годы: флегмоны – 128, гнойные раны – 228. У 159 пациентов (группа контроля: мужчин – 92, женщин – 67, средний возраст – 52,2±4,6) применялись традиционные способы лечения. У 197 больных (основная группа: мужчин – 116, женщин – 81, средний возраст – 56,6±3,4) хирургическая обработка гнойных полостей проводилась с использованием ультразвука, вакуум-терапии, ПИАС. Ультразвуковую кавитацию ран проводили аппаратом Sonoca 185 фирмы Soring. В послеоперационном периоде осуществляли программные санации с использованием оригинального устройства АМП-01, позволяющим моделировать программу циклической ирригации антисептика в гнойную полость, а затем активной аспирации отработанного раствора. Устройство работает в автономном режиме, причем в зависимости от конкретной клинической ситуации можно выбрать параметры санации (скорость, объем нагнетания или аспирации). Имеется датчик давления, позволяющий в автоматическом режиме поддерживать определенный уровень вакуума в гнойной полости. В основной группе больных раны дренировали, дренажи выводили через контрапертуры, на рану накладывали глухой шов. Дренажи подсоединяли к устройству АМП-01. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с режимом вакуумирования (2

часа), создаваемым устройством АМП-01 в режиме «аспирация». Данную методику использовали в течение 3-5 суток лечения, потом переходили на активную аспирацию. Базисная терапия была одинаковой в обеих группах больных. Результаты: У пациентов основной группы боли были полностью купированы к 3 - 4-м суткам, в группе контроля - к 4-5-м суткам. Воспаление полностью было купировано в основной группе к 6-7-м суткам, в группе контроля - к 8-10-м суткам. Температура тела у больных основной группы нормализовалась в среднем к 3-4-м суткам, а в группе контроля - к 5-6-м суткам. Количество лейкоцитов в основной группе достоверно нормализовалось к 3-м суткам с момента начала лечения, в группе контроля отмечали аналогичный результат на 4-6-е сутки ($p < 0,05$). Уровень бактериальной обсемененности в гнойном очаге снижался ниже пороговых значений в основной группе в среднем на 3-4-е сутки, в группе контроля - в среднем к 6-7-м суткам ($p < 0,05$). Сроки стационарного лечения пациентов основной группы в среднем составили $10,8 \pm 1,6$ суток, в группе контроля - $16,6 \pm 2,2$ суток ($p < 0,05$). Длительность полного заживления гнойных ран в основной группе составила в среднем $15,6 \pm 1,8$, в группе контроля – в среднем $19,6 \pm 2,1$ ($p < 0,05$). Обсуждение. Проведенное исследование показало эффективность применения современных санационных технологий по сравнению с традиционными методиками. Санация гнойных полостей в послеоперационном периоде, включая метод ПИАС, в полной мере соответствует принципам активного хирургического лечения, достоверно улучшает качество санации гнойного очага и тем самым позволяет достоверно повысить эффективность лечения. Было достоверно доказано более быстрое очищение гнойных очагов от микробных тел ($p < 0,001$), а длительность госпитализации больных в основной группе сократилась в 1,5 раза. Выводы. Комплексное применение ультразвуковых технологий, вакуум-терапии и метода ПИАС способствовали более ранней деконтаминации гнойных ран, очищению их от гнойно-некротических тканей и фибрина, стимуляции процессов заживления, что позволило сократить сроки лечения больных в основной группе исследования.

653. Возможности миниинвазивных способов профилактики постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита у больных с желчнокаменной болезнью

Абдуллоев Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Билолов М.К.

Душанбе

ГУ комплекс здоровья "Истиклол"

Актуальность. Одна из самых распространенных заболеваний на данный момент является желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и по лидерству уступает только атеросклерозу. За последнее десятилетие число больных с такой патологией увеличивается примерно в два раза. Рост заболеваемости ЖКБ сопровождается увеличением частоты её осложнённых форм. Увеличение числа больных ЖКБ связано с внедрением эффективных как неинвазивных, так и инвазивных инструментальных методов диагностики. По данным разных авторов во всем мире ежегодно выполняется около 3 миллионов операций на желчных путях (преимущественно холецистэктомии). Однако холецистэктомия (ХЭ) по поводу ЖКБ далеко не всегда решает проблемы пациента. По данным разных авторов, у 15–40% пациентов сохраняются существовавшие ранее клинические симптомы или развиваются различного рода изменения органов пищеварения, объединяемые термином "постхолецистэктомический синдром" (ПХЭС). При этом оказываются обманутыми надежды пациента на выздоровление после хирургического лечения, снижается качество жизни, возникает опасность развития и прогрессирования заболеваний пищеварительной системы, необходимость в частых госпитализациях, снижение трудоспособности, высокие материальные затраты на лечение. Таким образом, ПХЭС также является социально значимой проблемой. Цель исследования. Улучшения результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью путем усовершенствования способов диагностики и хирургического лечения. Материалы и методы. С 2015 по 2017 гг. на кафедре общей хирургии №2, хирургических болезней №1 и в хирургических отделениях ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» лечились и обследовались 54 пациента с ЖКБ, сочетающейся с рефлюкс-гастритом (РГ) и холедохолитиазом. Из них мужчин было 17 (31,5%), женщин-36 (68,5%). Средний возраст больных составил $54 \pm 2,1$ года. В контрольную группу входило 39 пациентов, которым была выполнена только

холецистэктомия (ХЭ), по необходимости холедохолитотомия с дренированием холедоха и последующим консервативным лечением РГ. При поступлении основными жалобами больных являлись периодические боли в правом подреберье 54 (100,0%), боль в надчревной области (85%), горечь во рту (43%), изжога (31,5%), тошнота (44,4%), рвота (35%), общая слабость и утомляемость (100,0%) Больным при поступлении в клинику проводили комплексные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая: УЗИ, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), полипозиционное рентгеноконтрастное исследование, поэтажную манометрию, по необходимости эндоскопическую ретроградную холангио-панкреатографию (ЭРХПГ) и магнитно-резонансное томографию. Результаты и их обсуждения. Оказалось, что по поводу рефлюкс-гастрита (РГ) больные ранее неоднократно лечились консервативно у смежных специалистов. На УЗИ у 21 (38,8%) пациентов выявлен холедохолитиаз размером конкремента от 0,2-1,6см, из них у 17 (80,9%) больных расширение холедоха выше нормы. Также на УЗИ выявлены прямые признаки дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) (усиление перистальтической активности двенадцатиперстной кишки (ДПК) в сочетании с ее замедлением опорожнением и рефлюксом в желудке, эктазия ДПК, ослабление перистальтики ДПК с ее эктазией и зиянием привратника) у 31 (57,4%) пациентов, а косвенные признаки ДГР, такие как избыточное содержание желудка натошак, дискинезия желчевыводящих путей, повышение эхоплотности поджелудочной железы, умеренное расширение общего желчного протока у 18 (33,3%) пациентов. При проведении ФГДС у 42 (77,7%) пациентов обнаружен РГ ?? и ??? степени, и в 17 (31,5%) случаях выявлена недостаточность пилорического сфинктера с забросом дуоденального содержимого в желудок. Поэтажная манометрия показала высокое внутрижелудочное давление у 29 (53,7%) и внутрикишечное давление у 38 (70,4%) пациентов. При проведении полипозиционного рентгеноконтрастного исследования установлено, что у 24 (44,4%) пациентов отмечается высокое расположение дуоденоюнального перехода (ДЕП) В результате проведенной нами ЭРХПГ у 15 (27,7%) пациентов выявлен холедохолитиаз, из них у 8 (38%) пациентов обнаружено расширение выше нормы и эктазия общего желчного протока. У 3 (5,5%) пациентов из-за невозможности выполнения ЭРХПГ и недостаточности информации мы произвели МРТ, в результате чего было установлено, что имеется микрохоледохолитиаз и поствоспалительный стеноз терминального отдела холедоха. У 8

пациентов, где ЖКБ сочеталась с недостаточностью пилорического сфинктера за счёт зияния передней его части, нами в клинике разработан новый подход к лечению, включающий в себя одновременно лапароскопическую ХЭ и закрытую пилоропластику. Операцию производили следующим образом: в начале произвели лапароскопическую холецистэктомию по общеизвестной методике, затем при расширении привратника свыше 3,0 см (норма до 1,8 см) провели его лапароскопическое ушивание на желудочном зонде с установленным диаметром, проведенное интраоперационно через привратник. По передней поверхности привратника, ориентируясь на пилорическую часть, накладываются серозно-мышечные лапароскопические швы. Вколы и выколы иглы производятся на равном расстоянии. Швы завязываются, в результате чего происходит вворачивание стенки вовнутрь и тем самым привратник смыкается. Эта операция была применена при зиянии передней части привратника, подтвержденном при эзофагогастродуоденоскопии. В 12 случаях ЖКБ сочеталась с хроническим нарушением дуоденальной проходимости (ХНДП), с холедохолитиазом и со стенозом терминального отдела холедоха. Этим пациентам вначале проводили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и извлечение камней. Вторым этапом на следующий день приступали к ХЭ по общеизвестной лапароскопической методике. И последним для разрешения ХНДП, причиной которого явилось высокое стояние ДЕП, выполняли лапароскопическое рассечение связки Трейтца с низведением ДЕП. При возникновении кровотечения на месте рассеченной связки дополнительно ставили два-три гемостатических шва. Также у 3 пациентов, когда ЖКБ и недостаточность пилорического сфинктера сочетались с холедохолитиазом, произведена ЭПСТ с литоэкстракцией камней, ХЭ и закрытую лапароскопическую пилоропластику. Лапароскопическое ХЭ и рассечение связки Трейтца с низведением ДЕП производили у 14 пациентов с ЖКБ и ХНДП. У 5 пациентов одновременно ЖКБ сочеталась с микрохоледохолитиазом, со стенозом терминального отдела холедоха, недостаточностью пилорического сфинктера, а также ХНДП, причиной которого явилось высокое стояние ДЕП. Для таких больных нами в клинике разработан оригинальный способ лечения, включающий в себя ЭПСТ с литоэкстракцией камней, которую дополняют ХЭ, антирефлюксная закрытая пилоропластика и рассечение связки Трейтца. Мы произвели в начале,

ЭПСТ с литоэкстракцией камней, на втором этапе лапароскопическую ХЭ с закрытой пилоропластикой, рассечение связки Трейтца и низведение ДЕП. Лишь в 12 (22,2%) случаях в основной группе операцию пришлось выполнить традиционным способом: у 7 пациентов, когда имелся холедохолитиаз размером конкремента более 1,0 см и стеноз терминального отдела холедоха протяженностью более 2 см; у одного пациента, когда недостаточность пилорического сфинктера была тотальной; у 3 пациентов ХНДП находился в стадии декомпенсации; и в последнем случае, когда при проведении ЭПСТ произошло вклинение корзины Dormia, тогда мы перешли на конверсию. Во всех случаях после коагуляции место рассеченной связки Трейтца, для профилактики спайкообразования и рецидива РГ с помощью электроотсоса вводимого в брюшную полость вводили специальный, предварительно приготовленный и подогретый до 37,00С, противоспайечный раствор следующего состава: раствор Новокаина 0,5%-200,0 мл, Преднизолон-120 мг, Гепарин-1,0 (5 тыс.), Витамин Е-30%-5,0 мл. Вводимый раствор, в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде, не даст развиваться повторному спайкообразованию, и тем самым рецидиву и прогрессированию РГ. Противоспайечный раствор обладает обезболивающим, противовоспалительным, пролиферативным, десенсебилизирующим и антигипоксическим эффектом. В результате проведенного поэтапного оперативного вмешательства и введения противоспайечного раствора снижается риск возникновения спайкообразования, ПХЭ РГ и тем самым повторной операции. Во время проведения лапароскопических операций осложнений не отмечено. С целью профилактики резидуального холедохолитиаза больные после операции получали мебеверин (дюспаталин) внутрь, за 20 мин до еды, по 1 капсуле (не разжевывая) 2 раза в день (утром и вечером), что расслабляет сфинктер Одди и этим способствует выведению остаточных, мелких и неотмеченных конкрементов. Пациентам контрольной группы было проведена традиционная открытая операция – ХЭ, с последующим консервативным лечением РГ, не учитывая при этом в патогенезе развития РГ роль ХНДП. В контрольной группе тем больным, которым выявлено холедохолитиаз (n-12), кроме ХЭ были выполнены холедохотомия, холедохолитотомия, холедохоскопия и наружное дренирование холедоха. У всех больных основной группы в послеоперационном периоде отмечалось в короткий период времени выраженное улучшение состояния здоровья, жалоб не

предъявляли, быстро восстановилось трудоспособность и при этом среднее число койко-дней в стационаре составило $3\pm 1,5$ дня. В контрольной группе больных в 1 случае отмечалось осложнение в виде нагноения послеоперационной раны, а среднее число койко-дней составило 14 ± 3 дня. Результаты операции были оценены через 6 и 12 месяцев посредством опроса больных и проведения комплексного клинко-инструментального исследования. Больных из основной группы не жаловались. При контрольном УЗИ особых изменений и отклонение от нормы в органах гепатопанкреатобилиарных систем не отмечено. На ФГДС из большого дуоденального сосочка желчь текла свободно, недостаточность пилорического сфинктера не отмечалась, признаки ДГР и РГ отсутствовали, интрагастральное и интрадуоденальное давление при проведении поэтапной манометрии были в пределах нормы. В контрольной группе 11 (28,2%) пациентов повторно поступили в стационар и госпитализировались с диагнозом ПХЭС. У этих пациентов имелись жалобы на тупые боли в области эпигастрия, горечь во рту и чувство дискомфорта. После проведения комплексного клинко-инструментального исследования у 5 пациентов выявлено повышение внутрижелудочного и внутридуоденального давления, и у них при рентгеноконтрастном исследовании отмечалось замедление продвижения контрастного вещества, высокое расположение дуоденоюнального перехода с забросом контраста в желудок. При эндоскопии у этих больных выявлен ДГР с РГ различной степени. Из повторно поступивших больных в 3 случаях выявлен холедохолитиаз и стеноз терминального отдела холедоха, а 3 пациент поступил с диагнозом спаечной болезни. Всем повторно поступившим больным была произведена предоперационная подготовка и операция с соответствующей коррекцией. Выводы 1. При ЖКБ комплексные предоперационные исследования больных позволяют выявить сопутствующие патологии. Проведение таких доступных методов, как УЗИ, ФГДС в сочетании с рентгенологическим исследованием с использованием контрастного вещества и поэтапная манометрия в дополнение к этим исследованиям исследование желудочного сока на желчные кислоты занимает особое место в диагностике РГ. 2. Патогенетически обоснованная видеолапароскопическая коррекция рефлюкс-гастрита и холедохолитиаза при холецистэктомии в значительной степени уменьшает частоту возникновения ПХЭС. Разработанный и усовершенствованный нами способ видеолапароскопического антирефлюксного

вмешательства у больных с ПХЭС является надежным методом и позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты операции. Рекомендации 1. Всем пациентам, поступившим в клинику с ЖКБ, необходимо провести комплексные предоперационные исследования с целью выявления сопутствующих патологий. 2. При выявлении сопутствующей патологии у больных с ЖКБ, таких как РГ, холедохолитиаз еще во время холецистэктомии выполняют корректирующие операции малоинвазивным способом.

654. Клиническое наблюдение первичной синовиальной саркомы перикарда, осложненной тампонадой сердца

Бармин В.В., Пикин О.В., Рябов А.Б., Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Глушко В.А.

Москва

МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" МЗ РФ

Актуальность. Первичная синовиальная саркома перикарда - крайне редкое заболевание с плохим прогнозом, основными симптомами которого по данным эхокардиографии являются массивный выпот с наличием "плюс ткани" в полости перикарда, а также признаки тампонады сердца. В некоторых случаях могут присутствовать только лихорадка, кашель, ночная потливость, без наличия каких-либо изменений в полости перикарда, что значительно затрудняет постановку диагноза. Материал и методы. Больной 44 лет экстренно госпитализирован в связи с синкопальным состоянием. На обзорной рентгенографии органов грудной полости отмечено значительное расширение тени сердца. По данным Эхо-КГ в полости перикарда описано значительное количество жидкости. При перикардиоцентезе эвакуировано 1000 мл серозно-геморрагической жидкости. При цитологическом исследовании определены клетки мезотелия, опухолевых элементов нет. На МСКТ описано объемное мягкотканное образование в передних отделах перикарда справа, размерами 7,92x4,16x8,86 см. Полученные результаты. Выполнена полная

продольная стернотомия, удаление опухоли переднего средостения с резекцией перикарда. Послеоперационный период протекал без осложнений. По данным планового гистологического исследования диагностирована синовиальная саркома. Диагноз подтвердился при постановке FISH-реакции: обнаружена перестройка гена SS18(18q11.2), что однозначно свидетельствует о синовиальной саркоме. Больному проведена полихимиотерапия с включением препаратов доксорубин, ифосфамид, уромитексан. Несмотря на проводимое лечение, отмечено прогрессирование заболевания в виде местного рецидива с последующим летальным исходом, который зафиксирован через 10 месяцев после хирургического лечения. Обсуждение. Среди всех первичных сарком сердца наиболее частая гистологическая форма - ангиосаркома, затем следует недифференцированная и лейомиосаркома. Чаще всего среди доброкачественных образований встречаются кисты и липомы перикарда, в то время как мезотелиома - наиболее частая первичная злокачественная перикардиальная опухоль. В настоящий момент в мировой англоязычной литературе можно встретить не более 20 случаев первичной синовиальной саркомы перикарда. Наиболее часто данная патология описана у мужчин, находящихся в возрастной группе от тридцати до пятидесяти лет. В большинстве случаев прогноз у больных первичной синовиальной саркомой перикарда крайне неблагоприятный. Оптимальная стратегия лечения данной группы больных в настоящий момент не определена из-за чрезвычайной редкости заболевания, а также крайне агрессивного течения. Медиана выживания составляет 25 месяцев. Тотальное или субтотальное иссечение опухоли было возможно только у 17-22,7% случаев среди опубликованных работ. В адъювантном режиме рекомендовано проведение химиотерапии или лучевой терапии на зону остаточной опухоли или вновь возникшего рецидива. Выводы и рекомендации. Первичная синовиальная саркома перикарда - крайне редкое заболевание и составляет около 13% от всех первичных сарком сердца. Для морфологической верификации показано выполнение биопсии новообразования перикарда. Для подтверждения диагноза проведение FISH-реакции является обязательным. В случае подозрения на идиопатический перикардит как причину рецидивирующего негеморрагического перикардиального выпота с быстрыми темпами накопления, описанная редчайшая злокачественная патология перикарда должна быть включена как

часть дифференциальной диагностики в обязательном порядке.

655. Анализ реконструктивных антирефлюксных операций и выявление причин неудачных фундопликаций

Тимербулатов М.В.(1), Сендерович Е.И. (1),
Гришина Е.Е. (1), Зиганшин Т.М. (2), Гимаев Э.Ф. (2),
Казаков Н.М. (2).

Уфа

1) ФГБОУ ВО БГМУ 2) ГБУЗ РБ ГКБ №21

Актуальность. Доказано, что качество жизни пациентов значительно повышается после антирефлюксного оперативного лечения. Нельзя не признать, что на сегодняшний день даже в руках самых опытных специалистов в области антирефлюксной хирургии среди тщательно отобранных для оперативного лечения пациентов от 3% до 10 % больных нуждаются в повторном антирефлюксном вмешательстве. Самыми распространенными причинами неудачных фундопликаций являются рецидив рефлюкса и стойкая послеоперационная дисфагия. По данным некоторых авторов повторные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе в значительно меньшей степени способны улучшить качество жизни пациентов, по сравнению с первой операцией. Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты реконструктивных антирефлюксных операций, выявить морфологические причины неудачных фундопликаций. Материалы и методы. Ретроспективно изучены результаты повторных антирефлюксных операций у 23 пациентов, оперированных в городской клинической больнице №21 г. Уфы с 2011-2018 годы. Средний возраст пациентов составил 59±11 лет. По поводу стойкой послеоперационной дисфагии в отдаленном послеоперационном периоде реконструктивные операции выполнены у 8 пациентов (3%), по поводу рецидива рефлюкса прооперировано 15 пациентов (6%). Качество жизни пациентов изучено до повторной операции и в сроки от 3 месяцев до 2 лет после операции с помощью опросника GIQLI. Результаты: Выполнено 23 реконструктивные

операции. Среднее время операции составило 130 мин. Принципиальными моментами повторных вмешательств являлись выделение из сращений и идентификация пищеводно-желудочного перехода, мобилизация нижней трети пищевода в полости заднего средостения с идентификацией и сохранением стволов блуждающего нерва, низведение грыжи (если таковая имела), идентификация и разделение первоначальной фундопликационной манжеты, мобилизация задней стенки желудка путем пересечения коротких желудочных сосудов (если не выполнена в ходе первой операции), задняя круорофия 2-мя Z-образными швами с использованием нерассасывающегося шовного материала, формирование новой манжеты из передней и задней стенок дна желудка на передней стенке пищевода длиной не более 2,5 см. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения выявлены у 15 пациентов (68%). Среди них: значительное кровотечение при рассечении спаек - 10 пациентов (43%), остановлено интраоперационно; перфорация стенки желудка – 2 пациента (9%), ушита интраоперационно; кровотечение из паренхимы селезенки – 1 пациент (4%), остановлено интраоперационно; перфорация пищевода – 1 пациент (4%), ушита интраоперационно; поддиафрагмальный абсцесс с реактивным плевритом на 7 сутки послеоперационного периода, потребовалось 5 повторных операций. Выявленные морфологические причины стойкой послеоперационной дисфагии: рецидив грыжи- 4 пациента, чрезмерная круорофия – 3 пациента, длинная фундопликационная манжета – 1 пациент. Самыми распространенными причинами рецидива рефлюкса стали соскользнувшая фундопликационная манжета (8 пациентов), полностью или частично разрушенная фундопликационная манжета (7 пациентов) и рецидив грыжи (15 пациентов). Индекс качества жизни пациентов GIQLI после повторных антирефлюксных операций статистически значимо выше предоперационных значений ($p=0,00023$) и не отличается от индекса качества жизни пациентов после первой антирефлюксной операции ($p=0,127$). Обсуждение. По мере накопления хирургического опыта в последние годы растет и количество пациентов, нуждающихся в реконструктивном антирефлюксном вмешательстве. Морфологические причины стойкой послеоперационной дисфагии и рецидива рефлюкса остаются предметом обсуждения. В нашем наблюдении установлено, что дисфагия является проблемой, связанной в основном с

избыточной или недостаточной крурорафией, нежели с фундопликационной манжетой. Ретроспективно установлено, что у большинства больных с рецидивом рефлюкса первая антирефлюксная операция выполнена по методу Ниссен-Розетти, без мобилизации задней стенки дна желудка. По-видимому, этим можно объяснить соскальзывание и разрушение фундопликационной манжеты в послеоперационном периоде. В лапароскопическом исполнении сложность метода Ниссен-Розетти заключается в точном выборе правой части дна желудка для формирования манжеты, вследствие отсутствия анатомических ориентиров в этой зоне. Желудок при этом делится на две части манжетой, сформированной из тела желудка, вместо дна. Также сохраняющееся постоянное натяжение со стороны коротких желудочных сосудов может способствовать разрушению манжеты. У большинства пациентов в ходе повторной антирефлюксной операции вследствие выраженного спаечного процесса в брюшной полости, отсутствия привычных для антирефлюксных вмешательств анатомических ориентиров развились серьезные интраоперационные осложнения, для решения которых потребовался достаточный хирургический опыт. Выводы. Реконструктивные антирефлюксные операции являются эффективными и безопасными, значительно повышающими качество жизни пациентов, хотя технически являются более сложными и требуют достаточного опыта подобных вмешательств от операционной бригады. В нашем наблюдении повторные операции по поводу дисфагии составили 3%, по поводу рецидива рефлюкса – 6%.

656.Видеоскопическая забрюшинная некрэктомия при инфицированном панкреонекрозе

Абдуллаев Я.П.(1), Галеев Ш.И.(2), Волков С.О.(2), Цанитян Б.Г(1), Агеева А.С.(2)

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова
- 2) СПбГБУЗ Городская больница №20

Совершенствование технической составляющей операций, стандартизация операций привели к началу освоения метода единого доступа в хирургии поджелудочной железы. В исследовании представлены первые результаты 15-и операций, выполненных за 2015-2018 гг. Все пациенты были оперированы спустя 3-4 недели заболевания по поводу отграниченных инфицированных некротических скоплений, расположенных кпереди от левой предпочечной фасции (результат деструкции клетчатки паракольного пространства и левого брыжеечного синуса, преимущественно в проекции связки Трейца). Показанием к операции считали доказанный инфицированный панкреонекроз (пузырьки газа в очагах деструкции, обнаруживаемые при КТ), либо появление плато в динамике процесса, когда, несмотря на комплекс консервативных мероприятий, сохранялась лихорадка, дискомфорт в левых подреберье, подвздошной области. У 12 пациентов на момент вмешательства были клинически релевантные системные осложнения острого панкреатита. В 9 случаях забрюшинная деструкция была сопряжена с некрозом поджелудочной железы (>30% площади). Пациенты укладывались в положение на спине. Операционный стол ротировали по направлению вправо на 15-30°. В левых поясничной (подвздошной, при необходимости) областях устанавливали троакары (от 3 до 5 в зависимости от распространенности некроза забрюшинной клетчатки), с помощью «Sрасemaker» создавали рабочее пространство. Под контролем глаза (ретроперитонеоскопия) выполняли секвестрэктомии. После удаления некротизированных тканей в полость устанавливали трубки для продленного лаважа дренированных полостей. От прогрессии сепсис-индуцированной полиорганной недостаточности умерли 3 пациента. Осложнений непосредственно связанных с некрэктомией не было. Для санации забрюшинного пространства требовалось в среднем от 1 до 3 этапных ревизий дренированных

полостей. Таким образом, видеолапароскопические вмешательства могут быть с успехом выполнены у пациентов с ограниченными очагами деструкции в левых паракольном пространстве и брыжеечном синусе.

657.Эффективность применения ИЛ-2 с целью профилактики у пациентов с острым аппендицитом

*Валиахмедова К.В.(2) АлексеевА.М(1)
Блинова Н.П.(2)*

Новокузнецк

1) ГБОУ ВПО НГИУВ – «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» 2) ГАУЗ ГОКБ НГК

Актуальность: В настоящее время одним из перспективных направлений современной медицины является изучение роли в организме эндогенных пептидных биорегуляторов — ключевых факторов иммунобиологических процессов. Цель исследования: Определить влияние цитокинотерапии на развитие инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства в послеоперационном периоде у больных с острым аппендицитом. Материалы и методы: Проведена оценка результатов течения послеоперационного периода больных находящихся на лечение в НГКБ№1 с острым аппендицитом на фоне проводимой локорегионарной и местной цитокинотерапии, за период с ноября 2016 года по февраль 2017. Всего исследуемых 53. Все больные с высоким риском развития инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ). Проведена оценка: Распределение по полу и возрасту, ИМТ, форма аппендицита, характер доступа при оперативном вмешательстве, клиническая оценка раны, изменение микроциркуляции кожи в области раны, оценка по Крузе, индекс SENIC и NNIS, оценка анестезиологического риска, наличие осложнений в послеоперационном периоде, проведение периоперационной антибиотикопрофилактики, проведение цитокинотерапии, длительность пребывания в стационаре в койко-днях. Среди всех больных мужского пола было 24 человека, женщин

– 29. Средний возраст исследуемых составил - 37,2 ± 12,6 лет. Средний индекс массы тела - ИМТ – 28,7 ± 5,4 кг/м². Все исследуемые больные были прооперированы по экстренным показаниям, под общим обезболиванием. Перед оперативным лечением всем больным проводилась антибиотикопрофилактика. Для проведения цитокинотерапии использовалось две методики введения ИЛ-2: местная – путем введения рекомбинантного ИЛ-2 подкожно в области раны и локорегионарная – путем постановки катетера в правую подвздошную ямку и введения рекомбинантного ИЛ-2 предбрюшинно. Введение рекомбинантного ИЛ-2 проводилось на 1, 3 и 5 сутки послеоперационного периода. Для оценки эффективности проводимой цитокинотерапии использовалось ВАШ, клиническая оценка раны и измерение перфузии тканей в области раны в дни проводимой терапии. Так же в ходе течения раннего послеоперационного периода проводился анализ факторов риска развития инфекции области хирургического вмешательства и их выявление. Результаты: В ходе проводимого исследования осложнений проводимой цитокинотерапии не выявлено. У 48 пациентов заживление проходило первичным натяжением. Отек, инфильтрация и гиперемия в области раны регрессировали на 3-5 сутки послеоперационного периода, при выполнении лапароскопических операций на 1-3сутки присутствовал умеренный отек, инфильтрация и гиперемия отсутствовали. Болевой синдром по ВАШ не превышал 2-3 балла. Средний показатель микроциркуляции в течение всего послеоперационного периода составил 10,3±1,4 пер.ед., что соответствует гиперемическому гемодинамическому типу микроциркуляции. При осложненном течение послеоперационного периода с выявленным ИОХВ, заживление проходило вторичным натяжением, показатель микроциркуляции увеличился до 25,7±2,3 пер.ед., и снижался до нормальных цифр только на 7-8 сутки на фоне проводимой терапии. Так же у данной группы больных определялась выраженная раневая боль в раннем послеоперационном периоде и нарастающая гиперемия, отек и инфильтрация. У 3 больных с осложненным течением послеоперационного периода проводилась местная цитокинотерапия, доступ оперативного вмешательства - лапаротомный, форма аппендицита осложненная. Выводы: 1. В ходе проведенной оценки полученных результатов достоверно значимых данных о эффективности проводимой цитокинотерапии не получено. 2. Отмечена высокая эффективность снижения риска развития инфекции области хирургического

вмешательства при использовании эндоскопических технологий.

658. Хирургическое лечение хронического панкреатита: современная концепция

*Прядко А.С. (1,2), Майстренко Н.А. (1),
Ромашенко П.Н. (1), Довганюк В.С. (1),
Бойко И.Ю. (2), Яралиев В.М. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург
- 2) ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»

Цель исследования – уточнить показания к выбору варианта хирургического лечения больных различными формами хронического панкреатита (ХП) с учетом клинко-морфологических изменений в ткани поджелудочной железы (ПЖ). Проанализированы результаты обследования и лечения 472 больных ХП, находившихся на лечении в Ленинградской областной клинической больнице и в Военно-медицинской академии в период с 1994 по 2016 гг. Среди них мужчин было 301 (61,6%), женщин – 171 (38,4%). Средний возраст больных составил 42,8±10,2 года. Целесообразность консервативной терапии с положительным эффектом была обоснована у 149 больных. Показания к лечению в условиях хирургического стационара установлены у 323 (68%) пациентов, которые в соответствии с результатами обследования и модифицированной международной Марсельско-Римской классификации ХП (1988) были распределены на три формы: кальцифицирующий (n=103), обструктивный (n=81), воспалительный (n=139). Хирургическое лечение больных обструктивным ХП осуществляли при помощи малоинвазивных методик, которое было направлено на устранение блока терминального отдела холедоха: ЭПСТ выполнена у 40 пациентов, со стентированием холедоха у 5 из них; вирсунготомией – у 6, стентирование Вирсунгова протока – у 8, цистогастро или цистодуодендренирование – у 7. Оперативное лечение больных обструктивным ХП и желчнокаменной болезнью, осложненных

холедохолитиазом заключалось в лапароскопической холецистэктомии с различными вариантами удаления конкрементов с последующим дренированием желчных протоков. Лапароскопическая холецистэктомия у 27 больного дополнена эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитэктомия выполнена у 9 больных (в 3х случаях дополненная лапароскопическим дренированием кисты, транскутанно под контролем УЗИ – у 6). Эндоскопическая аденомэктомия выполнена 5 пациентам. Для больных кальцифицирующим ХП операцией выбора считали формирование панкреатикоеноаноанастомоза (ПЕА) (n=57), 6 больных ПЕА дополнен наложением холецистоеноаноанастомоза, в связи с наличием у них признаков билиарной гипертензии. Особенностью выполнения ПЕА у пациентов кальцифицирующим ХП с кистообразованием были различные варианты дренирования парапанкреатических кист (n=12), резекции кист (n=2) при выполнении основного этапа операции, при локализации кисты в головке ПЖ выполнена резекция по Фрею (n=12). У одного пациента наложен цистозенотранноанастомоз. У пациентов хроническим кальцифицирующим панкреатитом с большим объемом головки ПЖ выполнены резекционные вмешательства по Фрею (n=4) и Бегеру (n=11). В связи с невозможностью исключения рака ПЖ по данным до и интраоперационной диагностики (n=4) выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). Лечение больных воспалительным ХП и кистообразованием (n=25) путем пункции кист с их облитерированием под УЗИ-навигацией осуществлено у 38 пациентов с положительным эффектом. Остальным были выполнены традиционные вмешательства: дренирование (n=52) и резекции кисты (n=5), формирование панкреатодигестивных внутренних соустьев (n=10). Оперативные вмешательства у больных с внутренними свищами (n=14) были направлены на их разобщение, дренировании полостей, обеспечение оттока панкреатического секрета. Больные воспалительным ХП и преимущественным поражением головки ПЖ помимо дренирующих Вирсунгов проток операций (n=7) нуждались в выполнении резекционных методик ГПДР (n=2), операции Фрея (n=6), операции Бегера (n=5). Таким образом, внедрение обоснованных алгоритмов диагностики у больных различными клинко-морфологическими формами ХП позволяет индивидуализировать выбор рациональных вариантов хирургических вмешательств, направленных, как правило, на устранение

осложнений заболевания и декомпрессию панкреатического и желчных протоков. Применение современных малоинвазивных технологий в хирургическом лечении больных ХП расширяет возможности оказания медицинской помощи на высоком уровне, с минимумом осложнений, при хорошем качестве жизни.

659. FiLaC технологии в малоинвазивном хирургическом лечении параректальных свищей

*Хитарьян А.Г. (1,2), Ковалев С.А. (1,2),
Кислов В.А. (3), Ромодан Н.А. (2),
Алибеков А.З. (1,2), Усман Абдаллах (1).*

Ростов-на-Дону, 2) Архангельск

1. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».
2. НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», ХО, С.-К.ж.д. ОАО «РЖД».
- 3) ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко ФМБА России»

Актуальность. Частота встречаемости в клинической практике свищей прямой кишки составляет 15-30%, из них на долю трансфинктерных свищей приходится 40-45%, экстрасфинктерных - 15-20%, рецидивы после оперативного лечения - 9-50%, недостаточность анального сфинктера - 40%, сроки временной утраты трудоспособности при обострениях - от 2 до 4 недель, после радикального хирургического лечения - от 1,5 до 3 месяцев. Активно внедряемые в России "стационарзамещающие технологии" в хирургии (проктологии) требуют развития инновационных, малоинвазивных методов лечения "высоких свищей" со снижением процента рецидивов, осложнений, сроков временной утраты нетрудоспособности и высокой экономической эффективностью. Одним из возможных решений видится в использовании лазерных технологий при лечении данной категории больных. Цель исследования: оценка перспективности и эффективности малоинвазивного хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей III-IV степени сложности с применением модифицированной FiLaCTM технологии в условиях "Центра амбулаторной проктологии". Материал и

методы. За период с 2012 по 2017 г. на базе хирургического отделения и "Центра амбулаторной проктологии" «Дорожной клинической больницы на ст. Ростов-Главный» С.-К.ж.д. проанализированы стационарные истории болезни и амбулаторные карты послеоперационного наблюдения 127 пациентов с осложненными трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами III-IV степени сложности. Больные были разделены на две группы. В основной группе (n=64) для лечения свищей использовали модифицированную технологию FiLaC, в контрольной группе (n=63) применяли стандартную фистулоэктомию с иссечением внутреннего отверстия свища в просвет анального канала и иссечением рубцовых и гнойно-воспалительных тканей промежности. Обсуждение результатов. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения анальных свищей в основной группе показал, что метод позволяет избежать послеоперационных ректальных кровотечений, не сопровождается анальной инконтиненцией 3 степени и на 42% ($p<0,05$) ускоряет сроки заживления свищей по сравнению с контрольной группой, где была использована традиционная операционная техника. Об адекватности методики свидетельствует сниженная частота рецидивов заболевания в основной группе - 17,5% против 37,2% в контрольной группе ($p<0,05$). Вывод. Исследование ближайших и отдаленных результатов лечения осложненных трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей III-IV степени сложности с использованием модифицированной FiLaC технологии по сравнению со стандартной фистулоэктомией с иссечением внутреннего отверстия свища в просвет анального канала позволяет ускорить сроки заживления свища на 42% ($p<0,05$), уменьшить число рецидивов с 37,2% до 17,5% ($p<0,05$), не влияет на состоятельность анального сфинктера и не ухудшает анальную континенцию, сокращает сроки временной утраты нетрудоспособности.

660.Продленная антитромботическая терапия проксимальных тромбозов глубоких вен нижних конечностей: вопросы безопасности

*Петриков А.С. (1,2), Дудин Д.В. (1,3),
Валова О.В. (3), Эйрих В.Р. (4), Зайцев С.В. (2),
Шойхет Я.Н. (1,3)*

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
- 2) КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»
- 3) КГБУЗ Городская больница №5,
- 4) КГБУЗ Городская больница №4

Актуальность. В настоящее время нет однозначных рекомендаций в отношении длительности антитромботической терапии (АТТ) у больных с проксимальным венозным тромбозом для вторичной профилактики в связи увеличивающимся риском развития геморрагических осложнений. Это является основанием для активного изучения антитромботических средств, которые могут применяться для пролонгированного лечения и вторичной профилактики ВТЭО, особенно, когда больному невозможно назначить антагонисты витамина К (АВК). Цель: изучить безопасность пролонгированной АТТ у больных с перенесенным проксимальным ТГВ варфарином, дабигатраном и сулодексидом в течение года. Материал и методы. В сравнительное проспективное исследование включено 186 больных с острым проксимальным ТГВ от 18 до 69 лет, находившихся на лечении в сосудистой хирургии КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул» в 2014-2017 гг. В первую группу вошло 64 пациента (31 мужчина и 33 женщины; средний возраст - 39,6±2,1 лет), получавших терапию антагонистами витамина К (варфарин) после курса стандартной терапии гепаринами. Вторую группу составили 56 больных, которым назначался дабигатрана этексилат (ДЭ) после 5 дневной терапии гепаринами (35 мужчин и 21 женщина; средний возраст - 46,1 ±1,2 года). Третью группу составили 66 пациентов (37 мужчин и 29 женщин; средний возраст - 40,4±1,9 года), которым после курса стандартной антикоагулянтной терапии (гепарины в остром периоде с переходом на АВК) через 2,5-3,0 месяца назначался сулодексид (СД). Показаниями для назначения СД являлись невозможность приема АВК, передозировка АВК, нарушение в системе протеина С, снижение антитромбина III и развитие тромбоцитопении, отсутствие реканализации на фоне приема АВК и сохраняющийся отечно-болевого синдром, а также

угнетение фибринолиза. СД назначался по 600 ЛПЕ в/м в течение 10 дней. Затем переходили на пероральный пролонгированный прием препарата в дозировке 250 ЛПЕ 2 раза в сутки в течение года. Критерии включения: документально подтвержденный проксимальный ТГВ, возраст от 18 до 69 лет, длительность заболевания не более 7 суток. Критерии исключения: оперативные вмешательства, острые инфекции, онкологические заболевания, травмы и переломы, длительная иммобилизация, возраст моложе 18 лет и старше 69 лет, авиаперелеты, противопоказания к применению АТТ, тяжелые сопутствующие заболевания почек, печени и сердца в стадии декомпенсации, а также пациенты, которые на момент госпитализации принимали варфарин в связи с заболеваниями сердца. У всех больных на момент поступления установлен окклюзионный характер поражения глубоких вен. По данным УЗАС преобладало поражение бедренной вены в сочетании с подколенной и берцовыми венами: в первой группе - у 35 (54,7%), во второй - у 30 (53,6%), в третьей - у 32 (48,5%) пациентов ($p > 0,05$). На втором месте чаще наблюдались тромбозы подвздошного сегмента в сочетании с поражением бедренной, подколенной и берцовых вен: в первой группе - у 13 (20,3%), во второй - у 15 (26,7%), в третьей - у 17 (25,7%) пациентов ($p > 0,05$). В течение года в анализируемых группах оценивалась безопасность АТТ. Лечение на амбулаторном этапе, кроме АТТ, включало применение компрессионного трикотажа II класса, флеботоников (МОФФ, диосмин, кверцетин). Статистическая обработка результатов производилась при помощи лицензионных программ Microsoft Office и «Statistica, version 10» (США). Значимый уровень достоверности принимался при $p < 0,05$. Полученные результаты и обсуждение. В течение года изучена частота развития геморрагических осложнений на в анализируемых группах фоне приема АТТ. В первой группе в течение года развитие случаев клинически значимого кровотечения (СКЗК) отмечено у 9 (17,0%) пациентов: из мочевыводящих путей у 4 больных (7,5%), маточное - у 2 больных (3,8%), желудочно-кишечное кровотечение - у 3 больных (5,7%). Во второй группе только у 1 пациента (2,0%) отмечено развитие СКЗК (носовое кровотечение). У больных третьей группы пролонгированное применение СД на протяжении всего срока наблюдения не вызвало развития СКЗК. Частота развития СКЗК во второй и третьей группе была статистически значимо ниже, чем в первой группе на 15,0% и 17,0% соответственно ($p < 0,05$). Развитие СКЗК устранялось путем коррекции дозы антикоагулянта или его

отмены, но при этом не требовало госпитализации больных. Летальных исходов на фоне АТТ не зарегистрировано. Таким образом, пролонгированное применение ДЭ и СД в течение года у больных с перенесенным проксимальным ТГВНК безопасно в отношении развития СКЗК по сравнению со стандартной терапией АВК. Полученные данные согласуются с результатами зарубежных исследований, в которых доказано, что пролонгированный прием ДЭ и СД сопровождается низким риском геморрагических осложнений, по сравнению с терапией АВК, при которой риск развития больших и клинически значимых кровотечений составляет 13,0% и более. Выводы. Пролонгированная АТТ ДЭ и СД в течение года у больных с перенесенным проксимальным ТГВ является более безопасной по сравнению с АВК (варфарином) в отношении развития СКЗК на 15,0% и 17,0% ($p < 0.05$). При этом длительное применение СД не вызывает развития геморрагических осложнений на протяжении всего срока наблюдения.

661. Селективная химиоэмболизация артерий печени как этап комплексного лечения пациентов с нерезектабельными метастазами рака

*Лебедев Д.П. (1,2), Астахов Д.А. (1,2),
Иванов Ю.В. (1,2), Кедрова А.Г. (2),
Панченков Д.Н. (1,2)*

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России 2) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Цель: Злокачественные опухоли толстой кишки, тела матки, молочной железы, легкого наиболее часто поражают печень, являясь причиной гибели пациентов. Одним из методов локального воздействия на метастазы является химиоэмболизация магистральных артерий печени. Методика химиоэмболизации с применением жирорастворимых контрастных препаратов позволяет подвести лекарственные препараты к опухоли, но мы не можем точно рассчитать дозировки лекарственных препаратов и время его экспозиции при блокировании сосудов, что можно отнести к недостаткам метода. Современный

технологический прогресс в эндоваскулярной хирургии проявился в разработке более совершенных микрокатетеров и лекарственно насыщаемых микроэмболов, что позволило значительно расширить применение метода в онкологии. За счет гидрофильности и биологической совместимости с тканями микросфер, заполняемых цитостатиком, можно достигать длительного эффекта, контролируя рост опухоли. Дифференцированный подбор размеров микрокатетера и микросфер позволяет вводить их прицельно в сосуды, связанные с неоангиогенезом и опухолевым прогрессом, при рецидивах и метастазах опухолей. Материалы и методы: Мы приводим описание 17 случаев, где метод артериальной химиоэмболизации лекарственно насыщаемыми микросферами применялся как этап в лечении пациентов с метастазами рака различных первичных локализаций в печень. Мужчин было 8 человек (возраст от 52 до 75 лет, средний возраст 63,6 лет), женщин – 9 человек (возраст от 43 до 68 лет, средний возраст 55,3 года). В 9 случаях использовался бедренный доступ, в 8 случаях использовался лучевой доступ (у 4 пациентов доступ осуществлялся с правой, у 4 с левой стороны). Среднее время операции составляло 45 минут. У 15 пациентов в печеночные артерии совокупно было введено по одному флакону НераSphere (в 6 случаях насыщенном 50 мг Доксорубицина, а в 9 случаях 75 мг Доксорубицина). У двух пациентов потребовалось введение двух флаконов микросфер. Полученные результаты: Уменьшение размеров опухоли достигнуто у всех больных, что позволило продолжить специализированное лечение (исследование проспективное, медиана не достигнута, наблюдение продолжено). В 3 случаях артериальная химиоэмболизация выполнена дважды с интервалом в 197, 329 и 371 день, в связи с ультразвуковой картиной хорошей васкуляризации остаточной опухоли. Все операции проведены под внутривенной анестезией и не сопровождались побочными реакциями или осложнениями. Выводы: Метод артериальной химиоэмболизации печени лекарственно насыщаемыми микросферами позволяет оказывать глубокий цитостатический эффект на метастазы рака в печень, улучшая непосредственные результаты лечения, проявляющиеся в регрессе и стабилизации опухолевого процесса.

662. Значение MRSA в развитии тяжелых инфекций кожи и мягких тканей, осложнённых сепсисом

Земляной А.Б., Зубрицкий В.Ф., Горюнов С.В., Аксенов А.В.

Москва

ФКУЗ «ГКГ МВД России», ГБУЗ «Городская клиническая больница 15 им. О.М. Филатова», ФГБУ НМХЦ Минздрава России.

Цель: Определить значение MRSA в развитии инфекционного процесса и его неблагоприятных исходов у больных с тяжелыми инфекциями кожи и мягких тканей, осложненных сепсисом. Всего в НМХЦ им. Н.И. Пирогова и в ГКБ №15 им. О.М. Филатова проанализировано 91 история болезни больных в возрасте от 18 лет с площадью гнойно-некротического поражения кожи и мягких тканей более 500 см² и критериями развития сепсиса. Общая структура диагнозов: обширные флегмоны 84,61%, обширные флегмоны с некротическим фасциомиозитом 8,79%, газовые 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. При поступлении выполнена первичная хирургическая обработка [п-86] 94,51% больных. Первичная хирургическая обработка в виде высокой ампутации конечности выполнена [п-5] 5,49% пациентам. Нами проанализированы количество оперативных вмешательств у пациентов с первичным выделением *Staphylococcus aureus* и с различными вариантами резистентности (MRSA, MSSA). При первичной хирургической обработке всего *Staphylococcus aureus* был выделен у [п-57] 62,63% больных. Из их числа MRSA выделен у [п-20] 21,97% пациентов. В [п-37] 40,65% случаев был выделен нерезистентный штамм *Staphylococcus aureus* (MSSA). У [п-34] 37,36% пациентов *Staphylococcus aureus* выделен не был. У больных с благоприятным исходом заболевания [п-55] 60,47% MRSA был выделен в [п-6] 10,90% случаев. MSSA был выделен у [п-26] 47,27% пациентов. У [п-23] 41,81% - *Staphylococcus aureus* выделен не был. У больных с летальным исходом заболевания [п-36] 39,53% пациентов MRSA был выделен в [п-14] 38,88% случаев. Нерезистентный штамм *Staphylococcus aureus* (MSSA) - у [п-11] 30,55% пациентов. У [п-11] 30,55% - *Staphylococcus aureus* выделен не был. Первичная хирургическая обработка ран при поступлении проводилась на фоне MRSA у 20

пациентов, им было выполнено в последующем 33 повторных хирургических обработок ран. У 37 больных с MSSA, на момент выполнения первичной хирургической обработки, в последующем выполнена 31 повторная хирургическая обработка. У 6 больных с благоприятным исходом заболевания на фоне MRSA было выполнено 27 хирургических вмешательств, что в среднем составило 4,5 операции на одного больного. У 26 пациентов с нерезистентным штаммом *Staphylococcus aureus* (MSSA) была проведена 61 операция – в среднем 2,3 операции на одного больного. У 23 больных без наличия *Staphylococcus aureus* выполнено 56 хирургических обработок – в среднем 2,4 операции на пациента. У 14 больных с летальным исходом заболевания на фоне MRSA было выполнено 29 хирургических вмешательств, что в среднем составило 2 операции на одного больного. У 11 пациентов с летальным исходом на фоне MSSA было проведено 17 операций (в среднем 1,5 операции на одного больного) и у 11 больных без наличия *Staphylococcus aureus* выполнено 13 хирургических обработок (в среднем 1,1 операция на пациента). Выводы: *Staphylococcus aureus* встречается у большинства больных (62,63%) с тяжелыми инфекциями кожи и мягких тканей, осложненных сепсисом. MRSA, обуславливает наиболее тяжелое течение инфекционного процесса, требующего наибольшее количество оперативных вмешательств. Только хирургическая обработка не приводит к купированию инфекционного процесса. При выборе эмпирической антибиотикотерапии необходимо отдавать предпочтение препаратам с гарантированной и высокой активностью по отношению MRSA.

663. Результаты применения погружного метода обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии

Манн М.Л. (1), Нишневич Е.В. (1,2),

Екатеринбург

1) МАУ ГКБ № 40, Екатеринбург, 2) ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП

Актуальность: Острый аппендицит является одним из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на активное внедрение лапароскопических технологий, частота послеоперационных осложнений колеблется от 0,01% до 7%. В связи с этим дальнейшее совершенствование техники лапароскопической аппендэктомии является актуальным. Цель: сравнить результаты лапароскопической аппендэктомии при различных методах обработки культи червеобразного отростка для уточнения диапазона применения методики погружного метода у больных острым аппендицитом. Материалы и методы: на базе МАУ ГКБ № 40 была разработана оригинальная методика выполнения лапароскопической аппендэктомии с погружением культи червеобразного отростка. Последнюю формировали лигатурным способом с использованием биodeградирующей нити. Погружение культи червеобразного отростка выполняли с помощью интракорпорального лапароскопического S-образного шва с использованием нерассасывающейся нити. За 3,5 года (с июля 2014 г по декабрь 2017г) на базе МАУ ГКБ № 40 была выполнена 1331 лапароскопическая аппендэктомия. В зависимости от характера операций пациенты были разделены на две группы: 115 вмешательств выполнено по оригинальной методике, 1216- лигатурным способом обработки культи. Интраоперационно оценивали изменения червеобразного отростка в области верхушки, средней трети, основания отростка и купола слепой кишки. В послеоперационном периоде у пациентов оценивали развитие осложнений согласно классификации ASGPC (Accordion Severity Grading of Postoperative Complications). Результаты: согласно шкале ASGPC осложнения были разделены на три группы: легкой степени, средней и тяжелой степени. К осложнениям легкой степени относили серомы, к средней степени- инфильтрат брюшной полости, к тяжелой степени- осложнения, требующие повторного оперативного вмешательства: абсцесс,

внутрибрюшное кровотечение, продолженный перитонит, дислокация дренажа в брюшную полость, нагноение послеоперационной раны. При стандартной лапароскопической аппендэктомии с лигатурным способом обработки культи червеобразного отростка сером не наблюдали. У 3 пациентов выявлены инфильтраты брюшной полости, регрессировавшие на фоне проведения антибактериальной и противовоспалительной терапии в сроки от 5 до 7 суток после операции. У 13 пациентов выявлены абсцессы брюшной полости (вскрытие, дренирование выполнили в сроки от 4 до 18 суток после операции). У 3 пациентов послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением (остановку кровотечения выполнили в сроки от 1 до 8 суток после операции). У 5 пациентов наблюдали продолженный перитонит (санацию и дренирование брюшной полости выполнили на 2-3 сутки после операции). У 4 пациентов в послеоперационном периоде выявили дислокация дренажа (релапароскопию, удаление дренажа выполнили на первые сутки после операции), У 2 пациентов отмечали нагноение послеоперационной раны (дренирование раны выполнили в сроки 5-7 суток после операции). 10 абсцессов и 2 инфильтрата брюшной полости выявили у группы больных с наличием воспалительных изменений в области основания червеобразного отростка и /или купола слепой кишки. У категории больных с неизменным основанием отростка и/или куполом слепой кишки осложнений не выявлено. При выполнении лапароскопической аппендэктомии с погружением культи червеобразного отростка у одной пациентки по данным УЗИ на 3 сутки после операции был выявлен инфильтрат брюшной полости, регрессировавший на фоне консервативной терапии на 7 сутки. Других осложнений в послеоперационном периоде не выявлено. Выводы: необходим дифференцированный подход к методу выбора обработки культи червеобразного отростка в зависимости от степени воспалительных изменений в области его основания и купола слепой кишки. Применение погружного метода может являться путем к снижению числа тяжелых послеоперационных осложнений у категории больных с воспалительными изменениями в области основания червеобразного отростка и купола слепой кишки.

664. Опыт использования NPWT терапии в комплексном лечении пациента с инфицированием зоны сетчатого трансплантата

*Невельский В.В., Найдёнов А.А., Титовец А.Ю.,
Гарибян Н.Э.*

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ «Городская больница № 26»

Актуальность. В настоящее время хирургия больших грыж передней брюшной стенки не представляется возможной без ненатяжной пластики. В то же время, в условиях использования сетчатых трансплантатов при ущемленных грыжах, риск инфекционных осложнений составляет, по данным разных авторов, от 3,8 до 16%. Многие авторы (Szczerba SR, Dumanian GA), (Jezupors A, Mihelons M), при инфицировании рекомендуют удаление сетчатого трансплантата, что приводит, как правило, к рецидиву грыжи, и последующим операциям. Сохранение сетки, используя все методы лечения - очень важная и актуальная задача. Материалы и методы: Пациентка Н, 46 лет поступила в экстренном порядке в Городскую больницу № 26 с диагнозом «Острый живот. Острая кишечная непроходимость. Ущемленная пупочная грыжа». При поступлении предъявляла жалобы на боли схваткообразного характера в области грыжевого выпячивания, тошноту, рвоту. Из анамнеза - больна в течение 12 часов. Объективно: в области пупка имелось грыжевое выпячивание 15x10x10 см, невправимое в брюшную полость, резко болезненное при пальпации, «кашлевой толчок» не определялся. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имелись единичные тонкокишечные уровни жидкости. В экстренном порядке под наркозом была выполнена герниолапаротомия. На операции выявлена гигантская параумбиликальная грыжа с ущемлением тонкой кишки. Кишка была признана жизнеспособной. Произведено разделение спаек, сепарационная аллопластика грыжи по Рамиресу. Установлен сетчатый полипропиленовый протез 18x15 см. Фиксация протеза и шов апоневроза выполнялись нерассасывающейся поливинилиденфторидной мононитью. В произведенном посеве из брюшной полости роста микроорганизмов не выявлено. Послеоперационный период протекал гладко. Признаков SIRS не отмечалось. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 10 сутки от операции. На 10 сутки после выписки

пациентка повторно поступила в стационар с диагнозом направления «Свищ в области послеоперационного рубца». В течение 3 суток пациентка отмечала повышение температуры до фебрильных цифр, накануне поступления появились обильные выделения мутной жидкости из раны. При обследовании в средней трети рубца имелся свищевой ход, сообщающийся с полостью в подкожной клетчатке, содержащей гной, лизированную кровь и некротические ткани. Выполнен посев отделяемого из раны – *Staphylococcus epidermidis* MRSE (чувствительный к ванкомицину, линезолиду). В клиническом анализе крови - лейкоцитоз 20,6 со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Учитывая большой размер дефекта передней брюшной стенки и невозможность закрытия брюшной полости в случае удаления трансплантата, принято решение о попытке консервативного лечения с помощью NPWT терапии. Выполнена хирургическая обработка раны: иссечены некротизированные участки апоневроза и подкожной клетчатки, удалена нить, которой был подшит трансплантат. Сетчатый протез выполнял дно раны и плотно прилегал к прямым мышцам живота. Ниже протеза имеется затек в предпузырную клетчатку. После обработки раны и иссечения некротизированных тканей была установлена пена в сторону затека в предпузырной клетчатке. Раневая полость была выполнена пеной. Установлена NPWT система. Режим вакуум-аспирации прерывистый 120 мм.рт.ст. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (Цефаперазон /сульбактам, Ванкомицин) Смена NPWT системы проводилась через дважды через 72 часа. Через 6 суток от начала NPWT терапии рана полностью очистилась, в дне раны яркие, хорошо кровоточащие грануляции, некротических тканей нет. Больная не лихорадит, лейкоцитоза нет. Установлены дренажи по Редону в подкожную клетчатку. Рана ушита. Дренажи удалены на 5 и 7 сутки, Снятие швов и выписка в удовлетворительном состоянии на 18 сутки от поступления. Выводы: Применение комплексной терапии, включающей в себя антибактериальную (в соответствии с посевами на микрофлору и чувствительность) и NPWT терапию позволяет, в ряде случаев, при инфицировании установленной сетки, избежать ее удаления и обеспечить сохранение аллотрансплантата в передней брюшной стенке.

665. Применение раннего энтерального питания после восстановительных вмешательств у больных со сформированными тонкокишечными свищами

Воробьев С.А. (1), Аминев А.Ж. (2)

Екатеринбург

СОКПГВВ

Оперативное лечение больных со свищами тонкой кишки, в том числе на фоне спаечной болезни брюшной полости, часто сопровождается различными осложнениями, из которых наиболее опасным считается несостоятельность кишечных швов, распространенный перитонит. Этим объясняется консерватизм хирургов в отношении раннего питания после операции у таких больных, несмотря на высокий риск развития трофической недостаточности. Наш опыт восстановительных операций пациентов с тонкокишечными свищами с 2013 по 2017 гг. включает 45 пациентов, которым проводили раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде. Этим больным также выполнялись другие важные мероприятия, способствующие Fast-Track-оптимизации лечения: профилактика тромбоэмболических осложнений, антибиотикопрофилактика, адекватная инфузионная поддержка, ограничение использования дренажей и назогастральных зондов, ранняя мобилизация. Спаечная болезнь брюшной полости выявлена у всех больных со сформированными фистулами. Из 45 пациентов у 10 (22,2%) были свищи тощей кишки, у 11 (24,4%) – свищи средних отделов, у 24 (53,3%) – фистулы подвздошной кишки. У 7 (15,6%) пациентов свищи были множественными. Перед вмешательством, которое выполнялось через 1-3 месяца после возникновения свища и(или) последней лапаротомии, больным проводилась нутриционная поддержка, включающая пероральное питание, сиппинг энтеральными сбалансированными смесями, возврат кишечного отделяемого в дистальный отдел свища (“возвратная” схема). У 4 (8,9%) из 45 пациентов, в связи с высокой локализацией свища, синдромом короткой тонкой кишки, была диагностирована белково-энергетическая недостаточность II-III ст. Этой группе больных перед операцией в течение 4-5 дней проводилось комбинированное питание (энтеральное и парентеральное). Из 45 пациентов, вместе с разделением спаек, 11 (24,4%) больным выполнено ушивание свища, 6 (13,3%) больным –

резекция свища в ?, 2 (4,4%) – выключение свища. У 26 (57,8%) больных выполнили резекцию кишки со свищом, из них у 6 пациентов операцию завершили межкишечным анастомозом с разгрузочной энтеростомой по Майдлю, для профилактики несостоятельности кишечных швов. После восстановительной операции в отделении реанимации одни сутки находились 22 пациента. В 1-е сутки назначали питьевой режим (до 800,0 мл/сутки), у больных с небольшим объемом вмешательств дополнительно сразу использовали энтеральные сбалансированные смеси (до 500,0 мл/сутки). На 2-е сутки больные получали пероральное протертое питание с исключением свежих фруктов, овощей, хлеба, молока. После разрешения пареза пищеварительного тракта (3-4-е сутки) больные переходили на общий стол с теми же ограничениями. 9-ти пациентам с уже имеющейся трофической недостаточностью проводили сиппинг энтеральной сбалансированной смесью до 1,0 л/сутки сроком на 3-4 недели под контролем антропометрических и лабораторных показателей. После восстановительных вмешательств у 45 больных летальных исходов не было. Несостоятельность швов межкишечного анастомоза развилась у 5 (11,1%) пациентов, из них трое выписаны с рецидивным свищом в удовлетворительном состоянии, у двух пациентов свищ зажил самостоятельно в стационаре. Распространенного послеоперационного перитонита у этих больных не наблюдали. Средний койко-день составил $15 \pm 3,5$ дней. Таким образом, применение раннего питания после восстановительных операций у больных со свищами тонкой кишки не привело к увеличению частоты витальных осложнений. В комплексе с другими мероприятиями ERAS ранняя нутритивная поддержка способствовала более быстрому выздоровлению больных, снижению частоты послеоперационных осложнений и длительности пребывания в стационаре.

666. Анализ микроциркуляции у больных с сахарным диабетом, осложненным диабетической стопой*Шимко В.В., Голова А.Б., Миргян М.С.*

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Актуальность изучения сахарного диабета и его осложнений представляет особый интерес. Так, по последним данным, численность больных сахарным диабетом (СД) в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза, и к концу 2016 года достигла 415 млн. человек. Медицинская, социальная и экономическая значимость сахарного диабета определяется, прежде всего, развитием у пациентов инвалидизирующих и снижающих качество жизни осложнений, в патогенезе которых ключевую роль играют системные микроциркуляторные нарушения. Рядом авторов показано, что нарушение микроциркуляции при СД может быть связано с нейрогенной дисрегуляцией, утолщением базальной мембраны капилляров, эндотелиальной дисфункцией, макроангиопатией. Материалы и методы Одним из методов оценки состояния микроциркуляторного русла признана лазерная доплеровская флоуметрия, преимуществами которой служат, прежде всего, неинвазивность и объективность. Данный метод основывается на определении перфузии ткани кровью путем измерения доплеровского сдвига частот, возникающего при зондировании ткани лазерным излучением, с последующей регистрацией излучения, отраженного от подвижных и неподвижных компонентов ткани. Получаемые при этом сигналы обрабатываются специальным программным обеспечением и представляются в виде ЛДФ-граммы с основными показателями, характеризующими среднюю перфузию исследуемой ткани, степень модуляции микрокровотока и степень функциональной активности микроциркуляторного русла. Более детальный анализ микроциркуляции проводится на втором этапе обработки ЛДФ-грамм при исследовании амплитудно-частотного спектра, позволяющего оценить в первую очередь работу отдельных механизмов микроциркуляции (эндотелиального, нейрогенного, миогенного, дыхательного и пульсового). Кроме того необходимо проводить функциональные пробы (дыхательную, окклюзионную, постуральную, холодовую и тепловую), которые дают ценную

информацию о состоянии микроциркуляторного русла. Полученные результаты При помощи метода лазерной доплеровской флоуметрии нами были исследованы 17 больных осложненными формами диабетической стопы и 13 здоровых людей. Обследуемые были примерно одной возрастной группы. Микрогемодинамику изучали на первом межпальцевом промежутке тыльной поверхности стопы обеих конечностей. Для оценки микроциркуляции определяли основные показатели и окклюзионную пробу. При анализе результатов, у большинства больных по сравнению с контрольной группой обнаружено увеличение базального кровотока при низкой степени модуляции кровотока. Это объясняется паралитической вазодилатацией артериол. У больных с неравномерным поражением магистральных артерий нижних конечностей по данным УЗИ при сравнительном анализе ЛДФ-грамм с левой и правой конечности было закономерно отмечено снижение базального кровотока в пораженной атеросклерозом конечности. Таким образом, микроциркуляторная система весьма чувствительна к внешним и внутренним воздействиям, что с одной стороны позволяет изучить то или иное влияние на микроциркуляцию (например, лекарственного препарата), с другой стороны трудно устранить при этом воздействие других факторов (психического, изменчивость окружающей температуры и т.д.). Вариабельность микроциркуляции снижает диагностическую ценность основных показателей на ЛДФ-грамме. В этой связи наиболее оправданным считается использование функциональных проб и динамическое исследование микроциркуляции в процессе лечения.

667.О выборе варианта радикальной операции при хроническом геморрое*Чистохин С.Ю. (1), Белоцкая Л.В. (2)*

Чита

1) ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, 2) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2

Актуальность. Арсенал хирургического лечения геморроя за последние годы существенно расширился. Наряду с классической открытой и закрытой геморроидэктомией широко внедряются и применяются технологичные и менее травматичные операции: DHAL-RAR, трансанальная дезартеризация с мукопексией и лифтингом (THD), степлерная геморроидопексия (операция Лонго). Немало сообщений о необходимости дополнять эти технологичные процедуры иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (гибридные операции). Вопросы выбора варианта операции остаются пока не решенными. Цель исследования – оценить результаты индивидуализированного подбора варианта операции каждому конкретному больному геморроем. Материалы и методы. За минувшие 5 лет (2013-2017) в НУЗ ДКБ ст.Чита-2 оперировано 531 больных с хроническим геморроем. В период освоения новых технологий выбор варианта операции был случайным. С 2014 года применяли индивидуальный подход не только к каждому больному с его клиническими и морфологическими особенностями, но и к каждому геморроидальному узлу: учитывались его размеры, наличие и выраженность подслизистого фиброза, полипов, эрозий и изъязвлений. В связи с фиброзом, полипами и изъязвлением узлов III-IV степени 112 пациентам выполнена классическая геморроидэктомия; 128 больным с геморроем II-III степени без фиброза и изъязвлений – изолированная трансанальная дезартеризация с мукопексией на отечественном оборудовании "Ангиодин-Прокто" и 246 пациентам с болезнью III-IV степени – гибридная операция – трансанальная дезартеризация и мукопексия внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов. В изолированном виде операция Лонго выполнена 15 пациентам с геморроем III степени, а 30 больным с геморроем IV степени – гибридная операция – геморроидопексия по Лонго дополнена иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов. Результаты. У всех больных после классической

геморроидэктомии болевой синдром на уровне 7,5+1,8 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) продолжался до 3-4 суток. Перианальный отёк наблюдался у 76 (67,9%), послеоперационные кровотечения остановлены оперативно у 5 (4,6%) и консервативно у 8 (7,2%). Нагноение ран 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 этой группы: рецидивы заболевания выявлены у 5 (5%), все оперированы повторно. Отдаленные результаты в этой группе расценены как хорошие у 80%, удовлетворительные – у 15% и плохие – у 5%. У 128 больных после трансанальной дезартеризации и мукопексии и у 15 пациентов после операции Лонго ближайшие результаты заметно лучше: боли на уровне 3,8+1,1 баллов по ВАШ купировались в течение первых же суток ($p=0,03$), перианальный отёк отмечен у 30 (21,1%), ($p=0,02$), нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p<0,001$). Сроки стационарного лечения составили 4,1+1,2 дня ($p<0,01$), амбулаторного долечивания – 18+3,5 дней ($p=0,18$). В отдаленные сроки по 2-5 раз обследовались 105 пациентов после THD и все 15 после операции Лонго: у большинства (75% и 60%) сформировалось по 3-5 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в первые же недели в составе амбулаторной реабилитации. Отдаленные результаты расценены как хорошие у 95%, удовлетворительные – у 5%. После гибридных операций: 246 дезартеризаций с мукопексией и 30 степлерных геморроидопексий с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов ближайшие результаты чуть хуже: боли на уровне 5,2+1,7 баллов ($p=0,09$) и купировались несколько позже, на 2 сутки. Транзиторные отеки отмечены у 25% ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p<0,001$). Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациентов этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромок ($p<0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили 4,3+1,4 дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – 21,3+4,5 дней ($p=0,32$). В отдаленные сроки осмотрены почти все (241 и 28) больные после гибридных операций: ни одного рецидива болезни, у всех 100% констатированы хорошие клинические,

анатомические и функциональные результаты. Заключение. Индивидуализированный подбор варианта радикальной операции каждому конкретному больному геморроем, а также применение гибридных операций в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии или степлерной геморроидопексии в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных комплексов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни.

668. Новые технологии в хирургии очаговых новообразований печени

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Воеводин А.Л., Щербин В.В., Светлакова Д.С., Мальцева А.П.

Москва

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России

Актуальность. В настоящее время растет количество злокачественных и доброкачественных новообразований печени с инвазией магистральных сосудов, радикальное лечение которых требует разработки новых хирургических технологий резекции печени. Материал и методы. В Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России в период с января 2009 года по февраль 2018 года было пролечено 346 пациентов с очаговыми образованиями печени с инвазией магистральных сосудов. Показаниями к хирургическому лечению являлись гепатоцеллюлярная карцинома на фоне цирроза печени (73 пациента) и без цирроза печени (35 пациентов), опухоль Клатскина (42 пациента), холангицеллюлярная карцинома (24 пациента), колоректальные метастазы (63 пациента), саркома нижней полой вены (2 пациента), альвеококкоз печени (104 пациента). Все хирургические вмешательства на печени были выполнены с применением трансплантационных технологий. Оперативными вмешательствами на печени являлись: 103 трансплантации печени (25 трупных

трансплантаций, 74 родственной трансплантации правой доли печени, 2 salvage-трансплантации, 1 сплит-трансплантация печени 2 взрослым реципиентам) были выполнены 74 пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой на фоне цирроза печени, 1 пациенту с гепатоцеллюлярной карциномой без цирроза печени, 26 пациентам с альвеококкозом печени; 57 аутоотрансплантаций печени (8 в варианте *in vivo*, 29 нормотермических резекций печени в варианте *Ante situ (ex situ in vivo)*, 18 экстракорпоральных гипотермических резекции печени и ее аутоотрансплантации в варианте *ex vivo (ex situ ex vivo)*) было выполнено 12 пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой без цирроза печени, 5 пациентам с холангиоцеллюлярной карциномой, 14 пациентам с колоректальными метастазами, 1 пациентке с саркомой нижней полой вены, 23 пациентам с альвеококкозом печени; 191 расширенных резекций печени с резекцией магистральных сосудов (24 – с резекцией нижней полой вены, 16 – с резекцией печеночных вен, 88 – с резекцией воротной вены, 26 – с резекцией печеночной артерии, 37 – мультивазкулярных резекций) было выполнено 22 пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой без цирроза печени, 45 пациентам с опухолью Клатскина, 19 пациентам с холангиоцеллюлярной карциномой, 58 пациентам с колоректальными метастазами, 1 пациенту с саркомой нижней полой вены, 57 пациентам с альвеококкозом печени. Для пластики магистральных сосудов, в том числе нижней полой вены, при невозможности выполнения аутопластики, применяли протезы из политетрафторэтилена, при резекции правого предсердия выполняли правопредсердно-кавальное PTFE-протезирование. Все хирургические вмешательства были выполнены в варианте R0. Результаты. Резектабельность составила 100%. Общая частота послеоперационных осложнений среди всех больных составляла 25,1%. После трансплантации печени – 28,2% (16,0% после трупной трансплантации, 30,3% после родственной трансплантации), после аутоотрансплантации печени – 36,8%, после расширенных резекций печени с резекцией магистральных сосудов – 19,4%. Наиболее частыми осложнениями в послеоперационном периоде являлись билиарные осложнения (Grade A,B (ISGLS, 2011)) – 21,1% и пострезекционная печеночная недостаточность (Grade A,B (ISGLS, 2011)) – 13,9%. Госпитальная летальность среди всех пациентов составила 4,6%. После трансплантации печени госпитальная летальность составляла – 5,8% (8,1% после родственной трансплантации), после аутоотрансплантации печени госпитальная

летальность составила 10,5%, после резекции печени с резекцией и пластикой магистральных сосудов госпитальная летальность составила 2,1%.
 Заключение. Представленные новые трансплантационные технологии в хирургии печени с резекцией и пластикой магистральных сосудов являются единственным радикальным способом лечения очаговых новообразований печени, позволяют значительно увеличить операбельность и резектабельность данной группы пациентов, обеспечить хорошие непосредственные и отдаленные результаты их хирургического лечения.

669. Первый опыт применения ТЕР (total extraperitoneal hernia repair) при лечении ущемленных паховых и бедренных грыж.

*Нишневич Е.В. (1), (2), Салемьянов А.З. (1),
 Дунаев В.Д. (1).*

Екатеринбург

- 1) МАУ "ГКБ №40",
- 2) ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, кафедра хирургических болезней ФПК и ПП.

Ущемление паховых и бедренных грыж является одним из самых тяжелых осложнений в ургентной хирургии. Нами представлен первый опыт применения ТЕР (total extraperitoneal hernia repair, тотальной экстраперитонеальной герниопластики) при лечении ущемленных паховых и бедренных грыж на базе МАУ ГКБ №40. Материалы и методы: с 2015 года нами в МАУ «ГКБ№40» выполнено 408 грыжесечений с использованием техники ТЕР по поводу паховых и бедренных грыж. Полученный нами опыт оперативного лечения позволил применить ТЕР в неотложном порядке. Во всех случаях была применена техника оперативного вмешательства, состоящая из двух этапов – 1) лапароскопического и 2) внебрюшинного. Вначале мы выполняли диагностическую видеолaparоскопию. Параумбиликальным доступом на 1 см ниже пупка по средней линии, устанавливали 10-мм троакар для видеолaparоскопа, следующий 5 мм троакар по средней линии на 4-6 см ниже пупка, третий троакар устанавливали на 3 см латеральнее среднеключичной линии на уровне первого

троакара, на изолатеральной стороне. Проводили рассечение ущемляющего грыжевого кольца. При этом в случае косой паховой грыжи рассечение проводилось кверху и латерально, а в случае ущемления бедренной грыжи ущемляющее кольцо рассекали в медиальном направлении (в сторону от магистральных сосудов). Освобождали ущемленный орган и после временной экспозиции оценивали его жизнеспособность. Для выполнения герметизации брюшной полости и создания экстрапневмоперитонеума мы удаляли пневмоперитонеум и ушивали троакарные раны брюшины. Производили вскрытие переднего листка влагалища прямой мышцы живота, на изолатеральной стороне грыжи, musculus rectus отводили латерально. Вводили троакар-баллон в предбрюшинное пространство для формирования экстрапневмоперитонеума. Под визуальным контролем видеолaparоскопа выполняли пневмодиссекцию экстраперитонеального пространства. На место удаленного баллона, устанавливали троакар Hassona. Дозированно накладывали экстраперитонеум с давлением до 10 мм. Hg, выделяли грыжевой мешок. Тотальную экстраперитонеальную пластику выполняли полипропиленовым сетчатым имплантом размером 10 x 15 см. В послеоперационном периоде оценивали динамику клинико-лабораторных показателей, выраженность болевого синдрома, потребность в анальгетиках, темпы купирования воспалительного синдрома, сроки восстановления функции желудочно-кишечного тракта, длительность пребывания в стационаре, косметический эффект. Результаты: Методика реализована у пяти больных с ущемленными ингвинальными грыжами. Прооперировано двое мужчин, в возрасте 66 и 68 лет, по поводу ущемленной косой паховой грыжи с ущемлением петли тонкой кишки без некроза (время ущемления 6 и 8 часов соответственно) и три женщины, от 32 до 84 лет, по поводу ущемленной бедренной грыжи с ущемлением петли тонкой кишки без некроза (время ущемления 5 часов), ущемленной бедренной грыжи с ущемлением пряжи большого сальника без некроза (время ущемления 6 и 8 часов). Средняя продолжительность операций составила 1 час 20 минут. Конверсий, интра- и послеоперационных осложнений не было. Пациенты выписаны на 3 сутки после операции, при купировании болевого синдрома и нормализации клинико-лабораторных показателей. В послеоперационном периоде пациенты отмечали незначительный болевой синдром и небольшую потребность в анальгетиках - 60 мг кеторолака в сутки, во всех случаях нормализация уровня

лейкоцитов в крови на следующий день после операции. Плановый осмотр всех прооперированных больных проведен через 1 месяц после операции. Заключение 1. Вышеописанная методика применима в лечении пациентов ущемленными паховыми и бедренными грыжами; 2. Преимуществом метода является низкая травматичность вмешательства, небольшая потребность в применении анальгетиков, хороший косметический эффект; 3. Применение тотальной экстраперитонеальной пластики в лечение больных с ущемленными паховыми и бедренными грыжами является перспективным направлением и требует дальнейшего изучения.

670. Возможности оказания медицинской помощи пациентам при синдроме диабетической стопы

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

Нефтеюганск, 2) Санкт-Петербург

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

Актуальность. В настоящее время в мире зарегистрировано более 400 миллионов случаев заболевания сахарным диабетом (СД). При этом отмечается тенденция к увеличению количества больных людей. Синдром диабетической стопы (СДС) осложняет течение СД в более чем в 10% клинических наблюдений, являясь основной причиной, обуславливающей необходимость ампутаций нижних конечностей у этого контингента больных, приводя к инвалидизации пациентов, в том числе, трудоспособного возраста. Поиск путей улучшения обследования и лечения больных СД при верификации СДС – актуальная задача здравоохранения. Материал и методы. В исследование включены данные о 108 больных, проходивших хирургическое лечение по причине синдрома диабетической стопы в 2015 – 2017 гг. Возраст пациентов находился в интервале от 53 до 78 лет. Во всех случаях у пациентов диагностирован СДС 2-4 стадии течения патологического процесса. В 57,2% клинических наблюдений больные обратились за медицинской помощью позднее 14

суток от момента возникновения осложнения. В большинстве – 92,5% случаев пациенты, данные о которых включены в исследование, длительно страдали СД, для коррекции показателей углеводного обмена применяли инсулинотерапию. Полученные результаты, их обсуждение. При госпитализации все пациенты консультированы эндокринологом, декомпенсация СД верифицирована в 82,7% клинических наблюдений. В 28 (25,9%) случаях при ультразвуковой доплерографии артерий нижних конечностей выявлены признаки облитерирующего атеросклероза. Язвенные дефекты мягких тканей конечностей констатированы в 51 (47,2%) клиническом наблюдении, а инфицированные раны стопы и голени – в 19 (17,6%) случаях. У 21 (19,4%) больного течение СД осложнилось развитием глубоких флегмон голени и стопы. В 17 (15,7%) клинических наблюдениях у пациентов на фоне СД в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) развилась гангрена. Во всех случаях оказания медицинской помощи пациентам осуществлялось комплексное лечение, направленное на коррекцию показателей углеводного обмена, коморбидной патологии, нормализацию реологических характеристик крови. В алгоритм обследования входил осмотр больных ангиохирургом. Антимикробная терапия осуществлялась по показаниям с учетом результатов бактериологического исследования раневого отделяемого, чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам. Хирургическое лечение больных проводилось как по экстренным показаниям, так и в отсроченном порядке. В 21 (19,4%) клиническом наблюдении выполнено вскрытие глубоких флегмон стопы и голени, санация и дренирование гнойного очага, хирургическая обработка гнойных ран потребовалась в 36 (33,3%) случаях. Ампутация дистальных отделов стопы осуществлена 27 (25%) больным. В 17 (15,7%) клинических наблюдениях выполнена ампутация нижней конечности на уровне верхней трети бедра по причине гангрены. Реваскуляризация нижних конечностей оказалась возможной в 10,2% случаев. Выводы. Несмотря на то, что СДС относится к жизнеугрожающим осложнениям СД, более 50% пациентов обращаются за медицинской помощью несвоевременно. В каждом 4 случае СДС возникает на фоне ОАСНК. Ампутация нижней конечности на уровне верхней трети бедра по поводу гангрены выполнена в 15,7% случаев, в то время как осуществить реконструктивные операции на артериях нижних конечностей оказалось возможным в 1 из 10 клинических наблюдений.

671. Оценка эффективности эндоваскулярных попыток удаления фильтрующих устройств нижней

*Мозговой П.В., Луковскова А.А., Жаркин Ф.Н.,
Уфимцев В.С.*

Волгоград

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России Клиника №1

Введение: Тромбоз глубоких вен нижних конечностей является наиболее частой причиной тромбоэмболии легочной артерии. Основой профилактики ТЭЛА при является антикоагулянтная терапия. В случае, когда последняя противопоказана и/или неэффективна, на первый план выходят хирургические методики. В настоящее время «золотым стандартом» хирургической профилактики массивной ТЭЛА является установка съёмных моделей кава-фильтров. По данным статистических сводок за 2016 год в Российской Федерации выполнено 1687 имплантаций фильтров нижней полой вены. Однако, по данным литературы частота удачных попыток удаления различных моделей кава-фильтров варьирует от 8,5% до 58,4%. Оставление фильтра может способствовать развитию неблагоприятных последствий: осложняются до 15% случаев установки кава-фильтров в раннем послеоперационном периоде и на стадии имплантации, и до 70% в отдаленном периоде. Целью нашего исследования стала оценка эффективности эндоваскулярных попыток удаления фильтрующих устройств нижней полой вены от общего числа установленных кава-фильтров на базе Кардиохирургического отделения Клиники №1 ВолгГМУ. Материалы и методы: Нами проведен анализ медицинской документации с 2009 года по сентябрь 2017г. За время наблюдения было установлено 72 фильтрующих устройства нижней полой вены. Предпринята 31 попытка удаления кава-фильтра, из которых 23 оказались успешными, что составило 32% от общего количества случаев постановки кава-фильтра и 74% от количества попыток. Обсуждение: Изначально использовались неудаляемые модели фильтров нижней полой вены. Однако, внедрение в клиническую практику съёмных моделей кава-фильтров значительно

уменьшило количество отдаленных нежелательных последствий, к которым относятся миграция фильтра, эмболизация его фрагментами при деструкции, перфорация нижней полой вены и прилегающих органов, развитие синдрома нижней полой вены (тромбоз НПВ в области установленного фильтра). Трудности удаления кава-фильтра зачастую обусловлены отклонением фильтрующего устройства от центральной-ной оси НПВ более чем на 45 °, тромбозом подфильтрового пространства, перфорацией стенок НПВ лучами кава-фильтра, деструкцией и/или миграцией кава-фильтра, формированием плотной неоинтимы в зоне контакта элементов конструкции и венозной стенки вследствие неоинтимальной гиперплазии. Выводы: Частота успешных эндоваскулярных попыток удаления кава-фильтров по-прежнему остается недостаточной. Осложнения и риски имплантации кава-фильтров требуют проведения более эффективных вмешательств, направленных не только на профилактику тромбоэмболии легочной артерии, но и на успешное удаление интравенозного фильтра

672. Результаты абдоминопластики у больных с морбидным ожирением

*Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Магомедов Р.З,
Магомедов Н.Н., Магомедов М.М.*

Махачкала

ДГМУ, городская клиническая больница 1

Актуальность. По данным ВОЗ во всем мире около 40% взрослого населения страдают избыточной массой тела. В России более 25 % старше 30 лет страдает ожирением. Известно, что ожирение приводит к раннему атеросклерозу, гипертонической болезни, сахарному диабету. Нередко у этих пациентов отмечается снижение работоспособности, вплоть до инвалидности. Особенно страдают пациенты с отвисшим животом (кожно-жировым фартуком). У них наблюдаются нарушения коагуляционных свойств крови, что может привести к тромбоэмболическим осложнениям и внезапной смерти. Материал и методы. Мы изучили ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 124 больных с

морбидным (3 степени) ожирением, находившихся на лечении в городской клинической больнице 1. Возраст больных колебался от 40 до 67 лет, мужчин было 12, женщин 112. Индекс массы тела, согласно критериям ВОЗ составил более 40 кг/м². С учетом риска развития ранних послеоперационных осложнений всем пациентам за месяц до поступления в стационар проводили комплекс мер для профилактики гнойно-септических и тромбоэмболических осложнений, направленных на адаптацию дыхательной и сердечно-сосудистой системы к повышенному внутрибрюшному давлению, тренировку грудного и диафрагмального дыхания, лечение сопутствующих заболеваний. К обязательным мерам предоперационной подготовки относятся также: перевод пациентов на специальную диету с целью уменьшения массы тела перед операцией; отказ от курения за один месяц до вмешательства; дыхательная гимнастика; дозированная физическая нагрузка. Обязательно проводим мероприятия по подготовке органов и систем организма к повышенному внутрибрюшному давлению. С этой целью использовали бандажи. В анализах крови особое внимание уделяли коррекцию коагуляционных нарушений, в случае необходимости в амбулаторных условиях получали антикоагулянты прямого или непрямого действия под контролем АЧТВ и количества тромбоцитов. Эластическое бинтование нижних конечностей является обязательным условием непосредственно перед операцией. Операция абдоминопластика включало в себя поперечный разрез по кожной складке внизу живота, который нередко переходил на поясничную область, выделение кожно-жирового лоскута, иссечение кожно-жирового лоскута до пупка, перемещение пупка, пластика апоневроза в виде дубликатуры, восстановление целостности кожи. Результаты. Детальное обследование в амбулаторных условиях и клинике, проведенные профилактические мероприятия позволили избежать тромбоэмболические и гнойно-септические осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у этих пациентов. Только у 4 больных наблюдались серомы или гематомы в раннем послеоперационном периоде. Других осложнений не было. Отдаленные результаты изучены у 72 больных. У 60 больных отмечено довольно заметное уменьшение массы тела через год после операции, более чем на 30 кг, что заметно повлияло на психоэмоциональное и физическое благополучия, повысило трудоспособность пациентов. У 12 пациентов снижение было не таким заметным, но они были довольны своим физическим и

психоэмоциональным состоянием. Выводы. Тщательная предоперационная подготовка, коррекция сопутствующих заболеваний позволили улучшить результаты хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде, избежать тромбоэмболических и гнойно-септических осложнений у оперированных больных. Изучение отдаленных результатов оперативного лечения пациентов с морбидным ожирением показывает благоприятное воздействие на физическое и психоэмоциональное состояние, повышение трудоспособности этих пациентов

673. Оценка результатов лапароскопической фундопликации у пациентов с нарушением моторики пищевода

Луканин Д.В., Соколов А.А., Клименко М.С., Соколов А.А.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава
России

К началу 21-го века гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) заняла лидирующие позиции среди прочих заболеваний желудочно-кишечного тракта. В настоящее время неоспоримым является тот факт, что в группе пациентов с ГЭРБ, ассоциированной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), выполнение лапароскопической фундопликации является патогенетически обоснованным и клинически эффективным. Однако в отношении симптома дисфагии результат хирургических вмешательств уступает таковым при проведении лекарственной терапии. По мнению ряда авторов, причина подобных неудач связана с исключением манометрии пищевода из обязательного перечня предоперационного обследования и, как следствие, выполнение фундопликации в условиях патологии двигательной активности пищевода. С другой стороны, в литературе последних лет все чаще встречаются указания на отсутствие необходимости рутинного выполнения манометрии, в том числе при выборе метода фундопликации (полная либо частичная). Целью данного исследования является изучение влияния нарушений моторики пищевода

на результаты частичной лапароскопической фундопликации у пациентов с ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД. Объектом исследования явились пациенты с ГПОД 1-го и 3-го типа в возрасте от 18 до 65-ти лет, имеющие показания к хирургическому лечению ГЭРБ. У всей когорты пациентов перед вмешательством была выполнена манометрия, в соответствии с результатами которой были сформированы 3 группы пациентов по 25 больных: с нормальной моторикой, с неэффективной моторикой и эзофагоспазмом (диффузным или дистальным сегментарным). Ахалазия и другие виды нарушения перистальтики, в том числе вторичного генеза, являлись критерием исключения из исследования. Всем пациентам была выполнена видеолапароскопическая фундопликация по авторской методике (патент на изобретение № 2641064). Через 12 месяцев после операции всем пациентам проведена контрольная манометрия, а также оценка эффективности антирефлюксного вмешательства по следующим критериям: продолжительность дисфагии после операции, ее наличие в настоящий момент, наличие или отсутствие клинико-инструментальных признаков рецидива ГЭРБ. При анализе результатов фундопликаций установлено, что в группах с нормальной моторикой и эзофагоспазмом не получено достоверных различий по продолжительности послеоперационной дисфагии ($1,2 \pm 0,2$ и $1,3 \pm 0,3$ месяцев соответственно, $p > 0,01$). В свою очередь, для пациентов с неэффективной моторикой пищевода зафиксировано достоверное превышение данного показателя ($3,8 \pm 0,4$ месяца, $p < 0,01$). Через 12 месяцев после операции ни у одного из пациентов явлений дисфагии зафиксировано не было. Наличие или отсутствие описанных выше нарушений двигательной активности пищевода не повлияло на частоту развития рецидива ГЭРБ, статистически достоверного отличия по данному показателю в трех исследуемых группах получено не было. Оценка данных манометрии после хирургических вмешательств показал, что у 40% пациентов из группы с исходно нормальной моторикой пищевода зафиксирована гипертензия нижнего пищеводного сфинктера, что напрямую связано с влиянием фундопликационной манжетки. В группе с эзофагоспазмом у 68% пациентов через 12 месяцев после операции диагностирована нормализация моторики пищевода, а у больных с неэффективной моторикой пищевода восстановление манометрических показателей в данном временном диапазоне зафиксирована у 85% больных. Таким образом, у больных с ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД, проведение

предоперационной манометрии является обязательным. Оценка двигательной активности пищевода является инструментом стратификации пациентов, позволяющим улучшить результаты видеолапароскопических фундопликаций за счет минимизации риска стойкой дисфагии. Высокая эффективность хирургического вмешательства у данной категории больных связана не только с созданием надежного антирефлюксного барьера, но и в большом проценте случаев обусловлена восстановлением ранее нарушенной моторики пищевода.

674. Комбинированное лечение трофических язв нижних конечностей при хронической лимфовенозной недостаточности при сахарном диабете

Магомедов М.М., Салаватова Х.И

Махачкала

Дагестанский Государственный Медицинский университет

Актуальность. Трофические язвы являются одним из самых тяжелых осложнений хронической лимфовенозной недостаточности, которые приводят к функциональной недостаточности нижних конечностей и резкому снижению качества жизни. Трофические язвы, как и проявление хронической венозной недостаточности нижних конечностей, при варикозной болезни и посттромбофлебитическом синдроме могут встречаться 15-40% наблюдений. ЦЕЛЬ. улучшить результаты диагностики и лечения трофических язв нижних конечностей, вызванных сочетанным поражением лимфатических и венозных сосудов у пациентов с сахарным диабетом. Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 68 пациентов с трофической язвой, из них у 62 имело место сочетание лимфовенозной недостаточности нижних конечностей при сахарном диабете. Из 42 пациентов имеющих ХЛВН была обусловлена в 62 случаях (91,2) ПФС, а остальные ВБ в стадии С?-С?. У 6 пациентов лимфедема 3 и 4 ст. В основном был СД 2 типа -92,6%. Возраст пациентов от 20 до 85 лет. (средний возраст $61,6 \pm 2,5$ года). Преобладали женщины -62 (91,2%). Продолжительность

существования язвы варьировала от 1 года до 10 лет. Средняя площадь язвенного дефекта – $9,8 \pm 3,8$ см² (от 1 до 78,4 см²) ?2 см² - 18 пациентов (26,4%). от 2,5 до 6,8 см² - 16 (23,5%) больше 6,9 см²- 34 (50%).

Обследование включало ультразвуковую доплерографию, КТ, микробиологический и цитологический методы. Оценка регионарной флебогемодинамики и состояние путей лимфооттока производилась путем рентгенофлеболимфографии. Группа 1 (контрольная) была представлена 26 пациентами, которым проводили только традиционное лечение. Вторая группа (основная) 39 пациентов, которым проводилось традиционное лечение, дополняли воздействия ER:YAG – лазера. В ходе лечения энергия импульсов при воздействии на подколенные лимфоузлы 3-4 Дж/см² и паховые лимфоузлы 6-8 Дж/см² и области раневой поверхности 8-10 Дж/см². Длительность одной процедуры составила 10-15 минут. Результаты и их обсуждение. Результаты проведенных исследований показали сокращение в 2 раза средних сроков очищения гнойных ран, появление грануляций и начала краевой эпителизации в основной группе по сравнению с показателями в группе с традиционным лечением. Очищение ран от гнойно – некротических масс в основной группе наступило на $6,1 \pm 0,9$ сут., в группе контрольной на $12,4 \pm 0,5$ ($p < 0,01$), появление грануляций на $6,1 \pm 0,8$ и $12,1 \pm 0,7$ ($p < 0,01$). Краевая эпителизация отмечалась на $6,0 \pm 0,2$ и $12,8 \pm 1,5$ сут. В результате проводимого лечения у пациентов основной группы уже после 5-7 сеансов лазерной операции отмечалось улучшение состояния, исчезали и значительно уменьшались боли и зуд в области язвы. У 10 (25,6%) объем конечностей уменьшался не более чем на 0,8 см, у 6 (15,4%) пациентов объем уменьшился от 0,6 до 2,9 см. Таким образом, положительные действия применения в комплексной терапии лазерного излучения хронической лимфовенозной недостаточности связано как с динамическим перераспределением лимфы на протяжении конечности, так и с усилением лимфооттока с стимуляцией активности лимфоузлов в ответ на лазерное излучение.

Выводы. 1. Разработанный метод лечения пациентов с трофическими язвами лимфовенозной этиологии, основанной на стимулирующем влиянии лазерного излучения, позволяет повысить эффективность комплексного лечения и получить положительный социальный эффект. 2. Лечебную тактику следует определить, базируясь на поражение лимфовенозных сосудов и тяжесть сахарного диабета. 3. Протокол доплеровского УЗИ-исследования вен нижних конечностей должен

дополнять исследованием лимфатических сосудов и степени лимфостаза до лечения.

675. Варианты чрескожного лечения эхинококкоза печени

Мусаев Г.Х., Шарипов Р.Х., Ширяев А.А.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский университет),
Университетская клиническая больница №1,
клиника факультетской хирургии.

Актуальность. Эхинококкоз относится к числу распространённых паразитарных заболеваний в ряде регионов Российской Федерации. В последние 10 – 15 лет отмечается повсеместный рост в 2,5 – 3 раза числа больных эхинококкозом с преимущественным поражением печени. Современные тенденции в хирургии ведут к увеличению частоты применения и расширению показаний для миниинвазивных методик лечения эхинококкоза печени. Однако, отсутствие четких показаний и противопоказаний для применения того или иного чрескожного метода, а также отсутствие одобренного протокола проведения миниинвазивных вмешательств, является причиной неадекватного лечения пациентов с эхинококкозом печени и развития осложнений и рецидивов, что диктует необходимость оценки причин развития осложнений и рецидивов и разработки алгоритма проведения чрескожных вмешательств при эхинококкозе печени. Материал и методы. Для исследования были проанализированы 518 стационарных карт пациентов, которым по поводу эхинококкоза печени были выполнены миниинвазивные вмешательства в клинике факультетской хирургии Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова в период с 1983г. по 2017г. Одиночная киста была выявлена у 407 пациентов, а множественные кисты у 111, причем у 99 пациентов (19.1%) были выявлены от 2 до 4 кист, а у 12 пациентов (2.3%) 5 и более кист. Кисты первой стадии развития по классификации Гарби были выявлены в 218 наблюдениях, кисты второй стадии в 196 наблюдениях, кисты третьей стадии в 62

наблюдениях и в 42 наблюдениях кисты 4 стадии. Кисты менее 3-х см были обнаружены у 112 пациентов, что составило 21.7%. У 406 (78.3%) пациентов размер кисты составлял более 3-х см. Подобное деление кист по размеру обусловлено тем, что при кистах менее 3-х см мы выполняли лишь пункцию и противопаразитарную обработку кист, в то время как при большем диаметре выполнялась чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия. Полученные результаты. При эхинококковых кистах менее 3-х см нет необходимости в полном удалении хитиновой оболочки. При тщательной обработке кисты и достаточной экспозиции гермицида, хитиновая оболочка, оставшаяся в полости кисты, не несет в себе опасности. При кистах более 3-х см. целесообразно применение методики чрескожной чреспеченочной эхинококкэктомии. Средняя продолжительность госпитализации составила 6.1 ± 1.1 дней. В 477 наблюдениях не отмечалось никаких осложнений. Осложнения наблюдались в 7.9% наблюдений. Из них у 39 пациентов (7.5%) развилась проходящая анафилаксия, у 1 пациента (0,2%) кровотечение и у 1 пациента (0.2%) рецидив кисты в мягких тканях в месте стояния дренажа. Летальных исходов не было. Выводы. Технически правильно выполненная пункция и противопаразитарная обработка эхинококковых кист, уменьшает сроки выздоровления, снижает общую дозу последующей противогельминтной терапии и является методом выбора при размерах кист не более 3-х см. Однако при большем диаметре более эффективна чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия. Противопоказаниями к миниинвазивным методам лечения являются кальцинированная фиброзная капсула, отсутствие безопасного чрескожного доступа, осложненные кисты.

676. Осложнения после торакоскопической лобэктомии у больных злокачественными опухолями легких

Багров В.А. (1), Рябов А.Б. (2), Пикин О.В. (1), Колбанов К.И. (1), Глушко В.А. (1), Вурсол Д.А. (1), Амиралиев А.М. (1), Рудаков Р.В. (1), Бармин В.В. (1)

Москва

1) Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена - филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель. Улучшение непосредственных результатов торакоскопических анатомических резекций легких в объеме лобэктомии у больных со злокачественными первичными и метастатическими опухолями легких за счет уменьшения количества осложнений путем системного анализа данных одного специализированного учреждения. Материал и методы. Используются данные торакального хирургического отделения МНИОИ им. П.А.Герцена за 6 лет (2010 – 2015 гг. включительно), где за этот период выполнено 219 торакоскопических анатомических резекций легких (лобэктомий), включая 47 операций, завершенных торакотомным доступом в результате конверсии. Произведен сравнительный анализ осложнений после операций завершенных торакоскопически и посредством конверсии в торакотомию. Результаты. Общее количество осложнений при завершенных торакоскопически операциях оказалось сходным при сравнении с «конверсионными» и составило 24,4%(42/172) против 23,4% (11/47) ($p > 0,05$). Частота длительной негерметичности легочной паренхимы в послеоперационный период была ниже после торакотомии, что составило 8,5% (4/47), чем после торакоскопической операции – 14,5% (25/172), $p > 0,05$. Нарушение сердечного ритма чаще встречалось после конверсии операции (6,3% (3/47) против 1,7% (3/172)), $p > 0,05$. Несостоятельности культи бронха не было в группе операций с конверсией, а при завершенных торакоскопически – у одного больного. Заключение. Таким образом, торакоскопическая лобэктомия является относительно безопасным хирургическим вмешательством. Выполнение конверсии в процессе операции не приводит к ухудшению

течения послеоперационного периода. Разработанные технические приемы позволяют добиваться эффективного аэростаза, в том числе, у больных с плохо выраженными междолевыми бороздами легкого. Возраст больного старше 70 является неблагоприятным фактором риска развития послеоперационных осложнений.

677. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки.

Кузовлев С.П.

Калининград

ГБУЗ "МЦК"

В герниологии существуют проверенная практика утверждения, что успешный результат операций зависит от соблюдения двух неотделимых друг от друга принципов: правильного индивидуального выбора надежного метода пластики и качества его исполнения. Около 8% населения в различных странах имеют разнообразные виды грыж живота. В России ежегодно выполняется около 300 тысяч операций по поводу грыж различной локализации. Частота осложнений после операций по поводу паховых грыж, по литературным данным, достигает 8-12%, из них на рецидивы приходится 7,2-10,3%. Результаты хирургического лечения больных с паховыми грыжами до настоящего времени остаются проблемными. За последние 15 лет в хирургическом отделении ГБУЗ «Многопрофильный центр Калининградской области» выполнено 1692 грыжесечения у 1639 пациентов. Мужчины составили 82%, женщины – 18%. Возраст колебался от 18 до 88 лет и в среднем составил 53 года. По локализации грыжи распределялись следующим образом: паховые - 1354, пупочные - 227, белой линии живота - 77, послеоперационные вентральные - 28, бедренные - 6. Из 1354 паховых грыж 802 были косые, 552 – прямые. У 81 пациента грыжи были пахово-мошоночные, у 42 – рецидивные. У всех больных выполнялась пластика задней стенки пахового канала: до 2004 г. – по Постемпскому, а с 2004 г. – по Лихтенштейну. При пупочных послеоперационных и грыжах белой линии живота ранее выполнялась пластика по Мейо, Сапезко, в настоящее время –

полипропиленовым имплантом sub lay. При бедренных грыжах выполняли пластику по Руджи-Парлавецчо или пропиленовым имплантом. У 103 пациентов выполнены сочетанные вмешательства: паховое грыжесечение с 2-х сторон – 96, паховое и пупочное грыжесечение – 6, паховое и бедренное грыжесечение – 1. Лапароскопическая герниопластика у 15 пациентов. Все операции проводились под спинномозговой анестезией, эндотрахеальным или внутривенным наркозом. В раннем послеоперационном периоде зарегистрировано 12 (0,7%) осложнений: 4 гематомы послеоперационной раны потребовали вскрытия и дренирования, 5 орхитов и 3 инфильтрата послеоперационного рубца купированы консервативными мероприятиями. Летальных исходов не наблюдалось. В разные годы отмечены рецидивы у 6 пациентов. Выводы: 1. Натяжная герниопластика в настоящее время является основным методом выбора при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки. 2. Необходимо анализировать не только ранние, но и отдаленные послеоперационные результаты использования натяжных герниопластик с последующим индивидуальным выбором современных, малоинвазивных методик для каждого пациента.

678. Отдаленные результаты применения модифицированного способа радиочастотной абляции простых кист печени

Абоян И.А. (1), Абоян М.Е. (1), Маликов Л.Л. (1), Ханамирова Е.Н. (1), Павлов С.В. (1), Бухарбаев Р.М. (1), Рошак Б.В. (1), Меликова С.Г. (2).

Ростов-на-Дону

- 1) МБУЗ КДЦ "Здоровье" г. Ростова-на-Дону
- 2) Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС РостГМУ

Актуальность. В настоящее время в лечении пациентов с простыми кистами печени предпочтение отдается пункционным способам, однако при них не исключается возможности неполной обработки полости кисты, а также попадания склерозанта в просвет желчных путей

при наличии кистозно-желчной фистулы. Воздействие радиочастотной абляцией (РЧА) в серии зарубежных и отечественных исследований (патент РФ №2 485 907, 27.06.2013) привело к значительному уменьшению объема оперированных кист. В МБУЗ КДЦ «Здоровье» с 2015 года применяется модифицированный вариант подобной операции, отличающийся тем, что в остаточную полость аспирированной кисты непосредственно перед абляцией вводят 10% раствор NaCl (патент РФ № 2 626 692, 31.07.2017). Целью данной работы является сравнение эффективности модифицированного способа РЧА кист печени по сравнению с традиционным с помощью сопоставления таких параметров, как достигаемый температурный режим и изменения объема кистозной полости в ближайший и отдаленный послеоперационный период.

Материалы и методы. С 2015 по 2018 гг. операции РЧА кист печени выполнены у 13 пациентов, среди которых 12 женщин и 1 мужчина, возрастом от 40 до 78 лет. Всего пролечено 16 кист размером от 45x36 мм до 100x92 мм. Сеанс РЧА проводился под контролем УЗИ пункционным способом одиночным игольчатым электродом (длина активной части 3 см) с применением генератора Cool-tip RF Radionics. Первой группе пациентов (6 человек) с локализацией образований в области ворот печени, либо с наличием прилегающих крупных сосудистых и желчных структур выполнена радиочастотная обработка полости кисты традиционным способом. Вторая группа пациентов (7 человек) прооперирована заявленным способом с введением в кисту 10% раствора NaCl. Во время оперативного вмешательства фиксировались время сеанса абляции и температура вблизи электрода.

Полученные результаты. В обеих группах больных интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. Средний срок нахождения в стационаре составил в первой группе 4 дня, во второй - 3,2 дня. Пациентам выполнялись УЗИ печени через 1 месяц и КТ брюшной полости через 6, 12 и 18 месяцев после операции. Оценивались размеры каждой кисты до и после РЧА, также вычислялось уменьшение объема. Спустя 1 месяц уменьшение объема оперированных образований в обеих группах составило 15-32%. Через 6 месяцев аналогичный показатель в первой группе равнялся 54%, во второй группе 63%. В отдаленном периоде наблюдение показало следующие значения уменьшения размеров кист: через 12 месяцев в первой группе на 72%, во второй на 80%; через 18 месяцев в первой группе на 89%, в то время, как во второй на 96%. Одна больная из первой группы спустя полгода наблюдения в связи с

неудовлетворительной динамикой уменьшения объема кисты подверглась повторному вмешательству уже с применением 10% раствора NaCl, после чего спустя 13 месяцев на КТ кисты не обнаружено.

Обсуждение. Зарубежные исследования показывают, что добавление в зону РЧА раствора хлорида натрия увеличивает зону коагуляционного некроза, причем и объем, и концентрация вводимого раствора существенно влияют на это увеличение. В нашем исследовании в первой группе средняя температура воздействия составила 63,5°C, в то время, как во второй группе – 84,2°C. В общей сложности во второй группе уменьшение объема образований составило на 7% больше, чем в первой. Выявлена прямая зависимость между величиной применяемой температуры и процентом уменьшения объема кисты ($r=0.82$, $p=0.002$). Воздействие при температуре выше 79,1°C привело к уменьшению кистозной полости на 62 % больше, чем при других температурах ($p=0.002$).

Выводы. Доказано, что модифицированный способ РЧА кист печени позволяет развивать более высокую температуру воздействия, что приводит к достоверно более выраженному уменьшению объема кистозной полости по сравнению с традиционным способом.

Рекомендации. Метод может быть рекомендован к применению в стационаре краткосрочного пребывания, а также у больных с выраженной сопутствующей патологией.

679. Результаты ультразвукового ангиосканирования ветвей верхней прямокишечной артерии у больных геморроем

Речкалов А.А., Иванов Е.В., Богданова С.В., Низамов Ф.Х.

Тюмень

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. На сегодняшний день в лечении геморроидальной болезни широко используются малоинвазивные методики. Одна из них – дезартеризация геморроидальных узлов под контролем УЗИ, заключающаяся в блокировании (прошивании) ветвей верхней прямокишечной

артерии, кровоснабжающей внутренние геморроидальные узлы. Цель работы. Выявить анатомические особенности расположения ветвей верхней прямокишечной артерии у пациентов с хроническим внутренним геморроем. Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (5 женщин, 15 мужчин). Проведено ультразвуковое ангиосканирование ветвей верхней геморроидальной артерии у пациентов с хроническим внутренним геморроем 1–3 стадии. Анамнез заболевания составлял от 1 до 10 лет. Исследование проводилось на аппарате «Technos MPX» трансректальным датчиком на высоте в 6 см от ануса. Количество выявленных ветвей данной артерии у каждого пациента варьировало от 4 до 8 (в среднем 6). Расположение ветвей верхней прямокишечной артерии по условному циферблату (в положении пациента для камнесечения) было следующим. На 1 часе артерии выявлены в 6 случаях (30% обследованных). Глубина залегания артерий на 1 часе колебалась от 5 до 10 мм (в среднем 7 мм). На 2 часах расположение артерий выявлено в 8 случаях, что составило (40% обследованных). Глубина их залегания была от 5 до 10 мм (в среднем 4,8 мм). На 3 часах артерии выявлены в 10 случаях (50% обследованных), глубина залегания была от 3 до 10 мм (в среднем 6 мм). На 4 часах артерии выявлены у 4 пациентов (20% обследованных), глубина залегания артерий составила от 3 до 7 мм (в среднем 5 мм). На 5 часах артерии были выявлены в 90% случаев (у 18 пациентов), глубина залегания артерий от 2,5 до 11 мм (в среднем 5,7 мм). На 6 часах артерии выявлены у 12 обследуемых (60%), глубина залегания составила от 3 до 10 мм (в среднем 6,6 мм). На 7 часах ветви верхней прямокишечной артерии обнаружены у 6 обследуемых (30%), глубина расположения артерий была от 1,5 до 9 мм (в среднем 4,5 мм). На 8 часах артерии обнаружены у 10 обследуемых (50%), глубина залегания составила от 0,5 до 3,7 мм (в среднем 2,3 мм). На 9 часах артерии были выявлены в 70% случаев (у 14 пациентов), глубина залегания артерий от 2 до 11 мм (в среднем 5,5 мм). На 10 часах расположение артерий выявлено в 12 случаях, что составило 60% обследованных. Глубина их залегания была от 2 до 9 мм (в среднем 6,3 мм). На 11 часах артерии были выявлены в 50% случаев (у 10 пациентов), глубина залегания артерий от 3 до 10 мм (в среднем 5,9 мм). На 12 часах артерии были обнаружены у 8 обследованных, что составило 40%. Глубина залегания артерий была от 5 до 11 мм (в среднем 7,1 мм). Обсуждение. Таким образом, наибольший процент (90%) расположения ветвей верхней прямокишечной артерии у обследуемых выявлен на 5 часах (по условному циферблату),

наименьший (20%) — на 4 часах. Наиболее частое (50% и более) расположение артерий было выявлено на 3, 6, 8, 9, 10, 11 часах. Глубина залегания ветвей верхней прямокишечной артерии колебалась от 0,5 до 11 мм. Наиболее поверхностное расположение ветвей встречалось на 8 часах, наиболее глубокое на 12 часах. Выводы и рекомендации. Ультразвуковое ангиосканирование ветвей верхней прямокишечной артерии рекомендуется проводить у пациентов перед выполнением операции — дезартеризации геморроидальных узлов под ультразвуковым контролем, по поводу хронического внутреннего геморроя, с целью сокращения продолжительности времени оперативного пособия, и более достоверного выявления артерий и их блокирования (прошивания) на операции.

680. Результаты эндоскопического и чрескожного транспечёночного билиарного дренирования при механической желтухе, обусловленной опухолевым процессом в области ворот печени

*Алексейцев А.В., Нишневич Е.В., Вагин П.В.,
Эккельман В.Е.*

Екатеринбург

МАУ "Городская клиническая больница №40"

Выбор методики билиарного дренирования при механической желтухе, обусловленной опухолевым процессом в области ворот печени, остаётся дискуссионным. Часть авторов являются сторонниками эндоскопического дренирования протоковой системы, другие исследователи настаивают на целесообразности выполнения чрескожной чреспечёночной холангиостомии (ЧЧХС). Цель: провести сравнительный анализ результатов эндоскопического и чрескожного транспечёночного билиарного дренирования при опухолевой обструкции желчных протоков в области ворот печени. Методы: ретроспективный анализ результатов лечения 42 пациентов с механической желтухой, обусловленной опухолевым процессом в области ворот печени. 29 пациентов с воротной холангиокарциномой (тип I - 3 пациента; тип II-7 пациентов; тип III - 11 пациентов;

тип IV – 8 пациентов по классификации Bismuth-Corlette). У 2 пациентов – рак желчного пузыря, у 11 пациентов – метастатический процесс в гепатодуоденальной связке. Для оценки результатов лечения использовали следующие критерии: 1. Технический успех – адекватное позиционирование дренажа; 2. Терапевтический успех – снижение уровня билирубинемии ниже 100мкмоль/л к моменту выписки из стационара; 3. Наличие осложнений (кровотечение, острый панкреатит, холангит); 4. Летальность. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы MedCalc v. 3.2.2. (Belgium). При оценке качественных признаков использовался критерий Fisher и χ^2 . Для сравнения непрерывных данных использовался Mann-Whitney U-test. Результаты: ЧЧХС выполнили у 31 пациента. У 7(22,5%) пациентов из них выполнили билатеральное дренирование. Показания: наличие технической возможности, подозрение на разобщение протоковой системы, неэффективность эндоскопического дренирования. У 7(22,5%) пациентов перед выполнением ЧЧХС предпринималась неудачная попытка эндоскопического дренирования желчных протоков. Из них у 4(12,9%) пациентов отсутствовала возможность эндоскопического доступа к БСДК, у остальных - возникли технические трудности при реканализации опухоли проводником. Технический успех ЧЧХС составил 87%. Терапевтический успех был достигнут у 23(74%) пациентов. Летальность составила 3(10%) пациента. Эндоскопическое стентирование желчных протоков выполнили 11 пациентам. Из них билатеральное дренирование - 3 (27%) пациентам. Показания: наличие технической возможности, невозможность или неэффективность ЧЧХС. Технический успех был достигнут в 63% случаев, терапевтический успех - у 9(81%) пациентов. Летальность после эндоскопического стентирования составила 2(18%) пациента. При эндоскопическом стентировании отмечается тенденция к увеличению риска развития холангита - 3(27%) и острого панкреатита 2(18%) пациента, в сравнении с ЧЧХС(4(12,9%) и 2(6,4%) пациентов соответственно). Однако при ЧЧХС выявлено больше случаев развития геморрагических осложнений (3(9,6%) и 0 пациентов соответственно). Достоверных различий в летальности не получено. Выводы: 1. ЧЧХС и ретроградное эндобилиарное стентирование при опухолевой обструкции желчных протоков в области ворот печени являются взаимозаменяемыми методиками и могут применяться при невозможности выполнения противоположной; 2. Выполнение ЧЧХС по сравнению с эндоскопическим стентированием

сопровождается более высоким техническим успехом, меньшим риском развития холангита и острого панкреатита; 3. Эндоскопическое стентирование сопровождается меньшим риском развития геморрагических осложнений по сравнению с ЧЧХС.

681. Варианты пластики вентральных грыж больших и гигантских размеров.

*Тимербулатов М.В. (1,2), Сендерович Е.И. (1,2),
Зиганшин Т.М. (1), Визгалова А.Е. (1,2),
Сибгатов Р.М. (2), Гарифуллин Р.А. (2)*

Уфа

- 1) ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21,
- 2) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России

Проблема лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами является важной и до конца нерешенной. На сегодняшний день актуальным остается поиск оптимального и индивидуализируемого метода лечения. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами путём внедрения в практику модифицированного способа герниопластики. Материалы и методы: В хирургическом отделении №1 ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы за период с 2014 год по 2017 год было прооперировано 168 больных с вентральными грыжами срединной локализации больших(W3) и гигантских (W4) размеров. В нашем исследовании использовано 4 способа комбинированной пластики: по технологиям «onlay» (12 пациентов), «sublay» (119 пациентов), модифицированный способ по Белоконеву (24 пациента), который заключается в расположении сетчатого эндопротеза под прямыми мышцами живота с одновременным ушиванием рассеченных медиальных и латеральных листов апоневроза, лапароскопическая интраперитонеальная пластика «IPOM» (13 пациентов). Все пациенты были обследованы на догоспитальном этапе и прооперированы в плановом порядке. У 134 (79,8%) больных были выявлены сопутствующие заболевания. Наиболее частыми были заболевания

сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) (39), ожирение II-III степени (74), сахарный диабет 2 типа (21). Из общего количества больных у 35 пациентов (20,8 %) большие и гигантские грыжи носили послеоперационный рецидивный характер. Всем больным проводилась:

- 1) антибиотикопрофилактика (за 30 минут до операции внутривенно вводили 1 г. цефтриаксона);
- 2) профилактика ТЭЛА (компрессионные чулки). У 36 (21,4%) пациентов было проведено активное дренирование по Редону. Пациентам, прооперированным по способу Белоконова, дренирование не проводилось. Результаты: В послеоперационном периоде больные получали антибиотики из группы цефалоспоринов по 1,0 г. 1-2 раза в день. С первых суток после операции больным рекомендовали активный режим с обязательным ношением бандажа. В послеоперационном периоде осложнения развились у 19 пациентов, из них прооперированные по технологии: onlay – 6 (66,7%), sublay – 13 (33,3%). У пациентов прооперированных по способу Белоконова и «IPOM» осложнения не развились. Все осложнения были местными (серома – 42,1%, гематома -15,7% , инфильтраты-26,3% , нагноение- 5,2%, краевой некроз кожи-5,2%). Продолжительность госпитализации составила в среднем 10,3±1,1 суток. Обсуждение: Таким образом, нами применялось различное расположение синтетического протеза: «onlay», «sublay», «IPOM». Лапароскопическая интраперитонеальная пластика IPOM отличается минимальной травматизацией тканей, возможностью выполнения симультанных операций. Недостатком данной методики является необходимость применения дорогих композитных материалов. Компромиссным решением для нашего исследования стало применение отечественных композитных эндопротезов (3 пациента), что позволило существенно снизить затраты. Модифицированный нами способ пластики профессора В.И. Белоконова, по нашему мнению, дает возможность отказаться от длительного дренирования подкожной клетчатки, сократить число послеоперационных осложнений (образование сером, гематом, инфицирование, миграцию и отторжение эксплантата) и процент рецидивов грыж, длительность пребывания в стационаре и сроки реабилитации пациентов. Выводы: В настоящее время существуют различные методы герниопластики ventральных грыж больших и гигантских размеров. Большинство данных грыж являются послеоперационными рецидивными. Основная задача хирурга сводится к выбору

оптимального метода расположения протеза в каждом конкретном случае. Лапароскопическая IPOM-пластика показала себя как эффективная методика лечения ventральных грыж малых и средних размеров. Модифицированный способ Белоконова является перспективным способом герниопластики послеоперационных ventральных грыж больших и гигантских размеров, который должен быть использован в практике хирурга.

682. Видеолапароскопическая гастрэктомия при осложненном раке желудка

*Ярцев П.А., Тарасов С.А., Роголь М.М.,
Кирсанов И.И.*

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. В настоящее время лапароскопические операции при раке желудка не являются общепринятым стандартом хирургического лечения, хотя лапароскопическая гастрэктомия вошла в региональные стандарты лечения раннего рака желудка в Японии и Южной Кореи. Исследования, сравнивающие результаты открытых и лапароскопических операций, показывают сходные ближайшие и отдаленные онкологические результаты. Мировой опыт миниинвазивной онкохирургии стремительно растет, однако, по-прежнему ведутся дискуссии о преимуществах и недостатках лапароскопического доступа при лечении рака желудка. Материал и методы. С 2013 года по 2018 года в институте Склифосовского выполнено 19 лапароскопических гастрэктомий по поводу осложненного рака желудка. Все пациенты были госпитализированы в связи с желудочным кровотечением. Операцию проводили в отсроченном порядке (на $8,4 \pm 1,2$ сутки), после достижения гемостаза с помощью эндоскопического вмешательства и достижения ремиссии на фоне комбинированной терапии. Женщин – 9, мужчин – 10, средний возраст – $62,6 \pm 14,2$ года. Распространенность первичной опухоли соответствовала cT2, cT3 с распространением на тело желудка. Данных о наличии отдаленных метастазов не было. Учитывая клинические данные по распространенности первичного очага от T2,

локализацию и наличие осложнения – кровотечение, целесообразным объемом операции в 100% случаев была тотальная гастрэктомия, лимфаденэктомия Д2. Среднее время операции составило 448 ± 54 минут (от 365 мин до 570 мин). Результаты. Продолжительное время операции объясняется техническими сложностями при удалении большого сальника без разделения «препарата», а также выполнением адгезиолизиса, в связи с перенесенными ранее операциями (у 9 пациентов). Интраоперационная кровопотеря в среднем составила $120 \pm 36,6$ мл (от 50 до 200 мл). Средний койко-день в реанимации составил $-3 \pm 1,1$. Послеоперационные осложнения развились у 9 пациентов (47,4%). Средний койко-день составил – 26,1 (от 10, до 53 дней). Окончательный диагноз согласно классификации TNM (UICC 7-th) по распространенности онкологического процесса: IA – 4 (21%), IB – 1(5,3%), IIA – 5(26,3%), IIB – 3(15,8%), IIIA – 1(5,3%), IIIB – 1(5,3%), IV – у 4-х (21%) пациентов. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 2-х месяцев до 4-х лет. В отдаленном периоде умерли 3 пациента. У пациентки 61 года с IV стадией рака, через год после операции выявлено прогрессирование онкологического процесса, метастатическое поражение печени, механическая желтуха, что привело к смерти через 1,5 года с момента операции. Химиотерапевтическое лечение пациентка не получала. У пациента 86 лет с III стадией рака смерть наступила на фоне прогрессирующего онкологического процесса через 1 год после операции. Химиотерапевтическое лечение пациент не получал. Одна пациентка скончалась через 2 месяца после операции, причина смерти – ТЭЛА. У 16 пациентов (84,2%) рецидива онкологического процесса не выявлено. Заключение. Первый опыт применения лапароскопических гастрэктомий при раке желудка осложненным кровотечением показал, что эти операции технически выполнимы, при этом достигается необходимая радикальность. Лапароскопический доступ дает преимущества миниинвазивной хирургии и обеспечивает лучшую визуализацию и прецизионность выполнения лимфаденэктомии.

683. Видеоторакоскопические операции в комплексном лечении рецидивного спонтанного пневмоторакса

Нагаев А.С., Баландина И.А.

Пермь

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

Особое внимание в лечении спонтанного пневмоторакса следует уделять рецидивному спонтанному пневмотораксу. Так, по данным литературы количество рецидивов неспецифического спонтанного пневмоторакса при использовании различных способов лечения составляет 26,4-50,3%. Частые рецидивы спонтанного пневмоторакса способствуют прогрессированию адгезивного плеврита и фиброзно-дегенеративных изменений в легком. По данным эндоскопического и гистологического исследований при рецидивном спонтанном пневмотораксе часто определяются буллезная трансформация легкого с фиброзированием висцеральной плевры, а также наличие легочно-плевральных сращений. Выявление перфорации буллы легкого представляет сложность в 72% случаев. Цель исследования – проанализировать возможности эндоскопических методов лечения рецидивного спонтанного пневмоторакса. В период с 2008 по 2017 год в отделении торакальной хирургии ГКБ 4 г. Перми торакоскопию выполнили у 258 пациентов, из них 51 больной проходил лечение по поводу рецидивного спонтанного пневмоторакса. Повторный рецидив отмечен у 11 (6%) человек. У 3 (1,5%) больных рецидив отмечался дважды. У 44 (86%) больных рецидив заболевания связан с буллезной эмфиземой легких. Видеоторакоскопию выполняли под эндобронхиальным наркозом с отдельной вентиляцией легких. Для выбора метода видеоторакоскопического вмешательства использовали эндоскопическое подразделение булл легкого на типы. Рецидивы неспецифического спонтанного пневмоторакса чаще происходили у больных с буллезной эмфиземой легких I и II типов. С целью повышения эффективности лечения рецидивного спонтанного пневмоторакса считали необходимым выполнение атипичной резекции легкого, лигирование и ушивание буллы с дефектом стенки. Для профилактики повторных рецидивов спонтанного пневмоторакса во всех случаях выполняли париетальную плеврэктомию. При

плеврэктомии производили резекцию передней части апикальной и парамедиастинальной плевры, таким образом увеличивая объем плеврэктомии, разработанной R. Inderbizi. Другим способом повышения эффективности эндоскопического лечения рецидивного спонтанного пневмоторакса считали сочетание методов коагуляции дефектов буллы с его ушиванием, лигированием и атипичной резекцией. При выполнении плевродеза плеврэктомии сочетали с химическими методами воздействия на париетальную плевру. Во всех случаях у больных после выполнения дифференцированного по типам буллезной эмфиземы легких и сочетанного применения способов видеоторакоскопического вмешательства лечение было эффективно. Рецидивов пневмоторакса в течение 2-3 лет не отмечено. Таким образом, изучение патоморфологических изменений легкого и выделение типов буллезной эмфиземы, а также возможность использования различных методов герметизации легкого позволяют применить рациональную тактику эндоскопического лечения рецидивного спонтанного пневмоторакса. Видеоторакоскопические операции малотравматичны и при сочетанном применении эффективны в лечении больных с рецидивным спонтанным пневмотораксом.

684. Оценка состояния раневого процесса у больных с венозными трофическими язвами посредством различных методов морфологического исследования

Щербин С.В.(1,2), Куприянов Д.Д. (4), Колударова Е.М. (4), Богданец Л.И. (3)

Москва

1. Кафедра морфологии медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова,
2. Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Актуальность проблемы. Определение оптимального метода исследования и лечения трофических язв нижних конечностей венозного

генеза до сих пор остается чрезвычайно актуальным. Критерии оценки эффективности местного лечения венозных трофических язв (ВТЯ) основываются, в большинстве случаев, на изменении клинической картины раневого процесса, которая не всегда совпадает с морфологическими изменениями в области язвенного дефекта и как следствие - выбор топического лекарственного средства не является объективным. Цель исследования: Оценить значимость морфологических методов исследования в выборе адекватного местного лечения ВТЯ. Материалы и методы: Забор материала для морфологического исследования был проведен у 80 пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей С6 клинического класса по классификации CEAP и у 30 трупов с ВТЯ, умершими от других заболеваний. Превалировали женщины - 68,18%. Возраст пациентов в среднем составил $58,92 \pm 12,76$ лет. В основной группе у 80 пациентов мы выполняли инцизионные биопсии. Материал брали при помощи пуансона или стерильного скальпеля с хирургическим пинцетом. Посредством пуансона выполняли сердцевинную (инцизионную) биопсию столбцом 2x3 мм с целью меньшей травматизации области ВТЯ. Скальпель с хирургическим пинцетом использовали для взятия инцизионной биопсии размером 5x5x10 мм. В контрольной группе в 30 случаях забирали посмертные эксцизионные биопсии с захватом дна язвы и участком здоровой ткани. Окраску производили гематоксилин-эозином, по Ван Гизону и по Массону. Для иммуногистохимического исследования мы использовали маркёры CD34 (основной маркёр эндотелиоцитов), CD68 (макрофаги), Ki67 (пролиферации). Для электронной микроскопии биоптат ВТЯ фиксировали в 10% растворе забуференного параформальдегида. Полученные препараты изучали и фотографировали в трансмиссионном электронном микроскопе LEO 912 AB OMEGA (Carl Zeiss) при увеличении от x1350 до 50000. При гистологическом исследовании трофических язв мы оценивали состояние краев язвы (эпидермиса - дистрофические, атрофические и регенераторные изменения, внутриэпидермальные воспалительные проявления, состояние подлежащей дермы в плане регенераторно-дистрофических и воспалительных процессов. Отмечали наличие детрита, обсемененность микроорганизмами, выраженность грануляционной ткани, характер и глубину проникновения воспалительного инфильтрата, степень фиброза). Далее прицельно анализировали качественный состав и количество эритроцитов, разных типов лейкоцитов, соединительнотканых элементов и эпителиоцитов. Оценку процессов

проводили полуколичественным методом, используя категории "слабо выраженный", "умеренно выраженный" и "резко выраженный". Результаты: на основании гистохимического и гистологического исследования ВТЯ в поверхностном слое имелся тканевой детрит с утонченным эпидермисом или с его остатками. Достаточно часто визуализировались колонии микроорганизмов – грибы, бактерии. На разных стадиях раневого процесса мы просматривали в различном количестве лейкоциты, эритроциты, фибрин. Грануляционная ткань - с различной степенью воспалительной реакции или фибриноидного некроза, ограниченных зоной лизированных лейкоцитов. Глубже - область фиброза, разная степень пролиферации фибробластов, в верхнем ряду всегда отмечали разнонаправленные коллагеновые волокна, макрофагально-лимфоцитарную инфильтрацию, разрастание фибробластов, новообразованные капилляры, а также "языки пламени" из вышележащей грануляционной ткани. Также здесь отмечали пролиферацию интимы со стенозированием просветов сосудов. В нижнем слое параллельно вышележащему слою расположены пучки коллагеновых волокон, под которыми проходит граница с подлежащей жировой ткани. В ходе электронно-микроскопического исследования инцизионных биоптатов, выполненных при помощи пуансона результаты в большинстве своём трудно было интерпретировать из-за большого количества деструкции промежуточного вещества с обрывками клеток. В клетках, которые удалось визуализировать, межклеточное вещество было гомогенным, вследствие чего невозможна была их дифференциация. Выводы: результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что биоптаты с поверхностных слоёв ВТЯ, взятые с помощью пуансонов меньше травмируют исследуемую область ВТЯ и более удобны на практике. Вместе с тем по сравнению с эксцизионными биопсиями они менее информативны и не несут практической значимости в дифференцировании стадии раневого процесса. При эксцизионной биопсии происходит эксплантация всей трофической язвы, что для исследовательской задачи предпочтительней. Знание четких морфологических признаков стадии раневого процесса в области язвенного дефекта позволяет обосновать адекватный выбор того или иного топического лекарственного средства, необходимого для ускорения процессов регенерации и улучшения результатов лечения ВТЯ.

685. Жировая эмболия посттравматического периода

Колесников В.В. (1, 2), Рахимов Б.М. (1,2),

Тольятти, Самара

1 ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Тольятти

2 ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Самара

Актуальность. Прогрессивно нарастающие системные нарушения гемостаза и травматического катаболизма при политравме создают предпосылки для возникновения острой жировой эмболии сосудов лёгочной артерии и мозга. Материалы и методы. Нами пролечено 657 пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой с тяжестью механических повреждений - $9,9 \pm 0,4$ балла «ВПХ-П(МТ)» (ISS- $26,0 \pm 0,4$) и тяжестью состояния $37,6 \pm 0,4$ балла «ВПХ-СП». У 8(1,2%) пострадавших посттравматический период осложнился жировой эмболией. У всех диагностирован шок (выраженная кровопотеря). Чаще всего жировая эмболия возникала при доминирующей травме конечностей – у 5 пострадавших. Дифференциальная диагностика её представляла собой определенные трудности в связи с малоспецифичностью симптомов и сходством клинической картины с синдромами, патогенетически связанными с тяжелой травмой. Церебральные и неврологические расстройства могли быть следствием гипоксии, а дыхательные – с травмой груди и шоком. Как правило, жировая эмболия развивалась после четко выраженного «светлого промежутка» от 1 до 4 дней. До суток клиника жировой эмболии возникла лишь у 1 пострадавшего. При возникновении её мы регистрировали дополнительную неврологическую симптоматику, острое появление / усугубление острой дыхательной недостаточности (она являлась ведущим диагностическим признаком синдрома), гипоксемии, тахикардии, снижение перфузионно-вентиляционных функций и гипертермии. На кожном покрове всех восьми пострадавших мы обнаруживали петехиальные кровоизлияния. Наиболее характерным местом их локализации были верхне - боковая часть груди, шеи и подмышечные области. Кроме того, мы обнаруживали их под конъюнктивой. На глазном дне выявляли периваскулярный отек, кровоизлияния и сегментарно инъецированные, извитые, переполненные кровью сосуды сетчатки с

белесоватыми пятнами вокруг (симптом Путчера). На рентгенограммах грудной клетки выявляли множественные двусторонние очаги затемнения лёгочной ткани в виде «снежной бури», усиление сосудистого и бронхиального рисунка, иногда расширение границ сердца. При лабораторном исследовании мочи обнаружили свободный жир. Биохимически отмечали увеличение липидов крови. Данная симптоматика, как правило, подвергалась регрессии (на 5-7 сутки) при адекватной волеической и респираторной поддержке, дополнительной иммобилизации мест переломов, коррекции гемодинамических расстройств, применении лекарственных средств, препятствующих дезэмульгированию липидов и способствующих переходу дезэмульгированных капель жира в состояние тонкой дисперсии, нормализующих проницаемость клеточных мембран (липостабил, эссенциале, спирт). У всех пострадавших мы диагностировали тромбопластиную коагулопатию. Поэтому с целью предотвращения внутрисосудистого свертывания крови, активации липопротеидов плазмы и ускорения ферментативных реакций гидролиза триглицеридов проводили гепаринотерапию. Двое пострадавших с клиникой жировой эмболии погибли. Оба были с доминирующей сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата (перелом бедра и голени, обширные скальпированные раны). На аутопсии у них обнаружен отек лёгочной ткани с участками кровоизлияний под плеврой и очагами ателектазов. Достоверным признаком, подтверждающим клинический диагноз «жировая эмболия», было выявление жировых глобул в капиллярах легочной ткани при микроскопии. Выводы. Анализ причин возникновения жировой эмболии у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой показал, что имели место дефекты активной профилактики данного осложнения в посттравматическом периоде – неадекватная иммобилизация мест переломов, их обезболивание и недостаточная инфузионная терапия.

686. Современная проблема протезирующей герниопластики рецидивных вентральных грыж

*Полянцев А.А., Иевлев В.А., Линченко Д.В.,
Землянская А.В., Черноволенко А.А.*

Волгоград

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, кафедра общей хирургии с урологией,
Волгоградская областная клиническая больница
№1

Актуальность. Широкое внедрение аллотрасплантатов в лечении больных с грыжами передней брюшной стенки дало хорошие результаты, значительно снизив процент рецидивов грыж. В то же время продолжающаяся дискуссия какой материал использовать, чем и как фиксировать протез, в какой позиции его использовать. Кроме того, существует проблема ограниченной материально-технической оснащённости общехирургических стационаров и недостаточным количеством подготовленных специалистов. Это приводит к однотипному выполнению оперативных вмешательств, в основном это размещение протеза в позицию Onlay не зависимо от размеров грыжевых ворот и их локализации. Материалы и методы. В клинике общей хирургии за последние 5 лет находились на лечении 15 пациентов с рецидивными грыжами живота после выполненных им герниопластик с применением сетчатых протезов. Все больные были ранее оперированы в других лечебных учреждениях. Возраст пациентов варьировал от 46 до 83 лет и в среднем составил 64,2 года. 12 из них были женщины. У всех ранее была выполнена аллогерниопластика с расположением протеза в позицию Onlay. Результаты. Пятеро пациентов из них поступили в срочном порядке с ущемленными грыжами через 30-72 часа от начала заболевания. Трое из них поступали с направительными диагнозами острый панкреатит и кишечная непроходимость, диагноз был окончательно установлен после выполнения УЗИ. Все больные были в срочном порядке оперированы. Содержимым грыжевого мешка в трех случаях были петли тонкой кишки, причем в двух наблюдениях отмечался некроз ущемленных петель кишечника и в двух выявлено ущемление пряди большого сальника. Трое пациентов умерло на 2-3 сутки после операции на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности (двое с ущемленными петлями тонкой кишки и одна

больная с ущемлением пряди большого сальника). Выводы. Применение протезов полностью не решает проблему возможности рецидива грыж. Широкое внедрение аллогерниопластики без соответствующего материально-технического оснащения и должной подготовки специалистов также порождает новую проблему в виде скрытого течения такого осложнения как ущемление рецидивных вентральных грыж.

687. Особенности стресс-реакции на боевую травму в условиях военного конфликта в Донбассе

Кравченко А.В., Донченко Л.И., Вдовиченко М.Д.

Донецк

РТЦ

Актуальность. Огнестрельные и осколочные ранения конечностей являются наиболее распространенной травмой в условиях военного конфликта в Донбассе. Раневые осложнения являются одной из ведущих причин неудовлетворительных исходов лечения открытых боевых повреждений конечностей и составляют от 19,2% до 42,9% (Borisov M.B., Ganin V.N., 2005). При этом не всегда причиной являются инфекционные осложнения в посттравматическом периоде. Была выдвинута гипотеза о дисфункции регуляторных систем организма в остром и раннем периодах травмы, обеспечивающих восстановительные процессы. Цель работы – оценить состояние нейроэндокринной регуляции в динамике острого и раннего периода боевой травмы на основании исследования уровня кортизола в сыворотке у пострадавших с множественными огнестрельными и осколочными ранениями. Методы исследования. У 26 раненых, находившихся на лечении в Республиканском травматологическом центре в период 2016-2017 г.г., проведено исследование содержания кортизола в сыворотке крови в период 1,7,14,21 и 28 суток после травмы. Из числа раненых ретроспективно была выделена группа из 12 человек, имевших различные осложнения в виде гнойно-некротических процессов, замедленного заживления ран. Сравнимую группу составили 15 практически здоровых военнослужащих, на момент обследования принимающих участие в

военных действиях. Результаты. Анализ результатов исследования выявил тот факт, что в группе здоровых военнослужащих содержание кортизола в сыворотке крови достоверно превышало показатели нормы ($974,7 \pm 87,1$ нмоль/л против $510,2 \pm 50,9$ нмоль/л; $P < 0,05$). Следовательно, есть основания полагать, что для здоровых военнослужащих характерно состояние хронического стресса. Установлено, что боевая травма в группе раненых с неосложненным течением посттравматического периода обуславливала активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и соответственно повышение уровня кортизола в сыворотке крови в 1,5 раза по отношению к группе сравнения. При этом, стабильно повышенный уровень кортизола отмечался в группе раненых в период с 1-х по 28 сутки. Аналогичная по длительности стресс-реакция на травму отражена в литературе (Алисов П.Г., 2016; Celeste C.Finnerti et.all, 2013). В группе раненых с осложненным течением посттравматического периода в 1-е сутки после травмы содержание кортизола не отличалось от показателей сравнимой группы и составляло $924,6 \pm 90,4$ нмоль/л, что можно расценить как пониженную, неадекватную травме стресс-реакцию, обусловленную недостаточностью нейроэндокринного ответа. Несмотря на то, что в последующие этапы обследования раненых данной группы (7-28 сутки) содержание кортизола в сыворотке крови достоверно превышало показатели сравнимой группы, дисфункция регуляторных механизмов и последующий дефицит энергетических метаболитов в остром периоде травмы, явились основой для развития осложнений. Выводы. В условиях затянувшегося локального военного конфликта на Донбассе стресс-реакция на боевую травму конечностей развивается у раненых на фоне хронического стресса, что может являться одним из факторов, обуславливающих нетипичность течения травматической болезни и изменение ее периодов. Нейроэндокринная недостаточность в остром периоде боевой травмы является риск-фактором развития осложнений гнойно-некротического характера, а показатели кортизола могут быть информативными критериями их прогноза.

688.Выбор способа CST при больших послеоперационных вентральных грыжах*Шаповальянц С.Г., Михалев А.И., Михалева Л.М., Дзаварян Т.Г.*

Москва

ГКБ №31

Актуальность. Новым направлением лечения больших грыж передней брюшной стенки (ПБС) являются комбинированные операции, сочетающие ненатяжную 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. Ранее мы провели анатомическое исследование по сравнительному изучению влияния 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 на анатомическом материале. В результате исследования установлено, что наибольшим эффектом обладает операция Ramirez+МЗСПМ (увеличение объема брюшной полости на $49,8\pm 4,6\%$), несколько меньше увеличивает объем операция Ramirez – на $27,8\pm 2,7\%$ и менее всего увеличивает операция TAR – на $24,2\pm 1,7\%$. Учитывая сопоставимые показатели увеличения объема брюшной полости при операции Ramirez и TAR, и морфофункционально более щадящий характер последней, на клиническом материале выполняли 2 вида операций - Ramirez+МЗСПМ и TAR с ретромышечной аллопластикой. В период с 04.2016 по 02.2018 проведено оперативное лечение 16 пациентов по поводу послеоперационной вентральной грыжи М2-4R0W3 по EHS классификации. На дооперационном этапе всем пациентам выполнялась КТ с абдоминометрией, объем грыжевого мешка составил в среднем 19,5 % (12-23%) от объема брюшной полости. ВБД на дооперационном этапе составлял в среднем 7 мм рт ст (4-11), ближайшем (сразу после операции) — 10 мм рт ст (7-14), раннем

послеоперационном (1-е сутки после операции) — 8 мм рт ст (7-12). Результаты и обсуждение. В 7 случаях при объеме грыж до 20 % от брюшной полости выполнили операцию TAR. У 9 пациентов с грыжами более 20% выполнялась операция R+МЗСПМ. Ни в одном случае компартмент синдром не отмечен. После операции TAR осложнений не наблюдалось, все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны. После R+МЗСПМ был 1 летальный исход вследствие обострения хронического пиелонефрита с развитием острой почечной недостаточности и 2 осложнения – послеоперационная серома и некроз кожи в области послеоперационной раны. Выводы. При клиническом исследовании выявлено, что влияние обеих вмешательств на профилактику развития компартмент синдрома сопоставима. Первый опыт клинического применения данных видов операций позволяет отметить, что TAR создает более адекватные условия для сохранения иннервации и кровоснабжения ПБС, а также обеспечивает анатомически более выгодное расположение аллотрансплантата больших размеров. Наряду с этим, при операции R+МЗСПМ отмечены раневые осложнения, специфичные для данного вида вмешательства. Рекомендации. При ретроспективной оценке складывается впечатление, что TAR более предпочтительная операция, чем R+МЗСПМ, поскольку обладает меньшей травматичностью и, как следствие, меньшим количеством осложнений. Однако для окончательных выводов следует продолжить набор клинического материала.

689.Результаты хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни*Толстокозов А.С., Коваленко Ю.В., Тимохин Р.В., Бахаев А.Д.*

Саратов.

Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского.

Наряду с ростом числа больных с осложнениями острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает увеличиваться и количество пациентов с хроническим течением язвенной болезни. Плохая диспансеризация, низкая комплаентность

обуславливают рост сочетанных осложнений гастроудоденальных язв. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 117 больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни. Длительность анамнеза составила у них от 2-х до 14 лет. У 83 больных стеноз сочетался с пенетрацией язвы и состоявшимся на этом фоне кровотечением, у 21 больного пилородуоденальный стеноз развился после ушивания перфоративной язвы, у 13 больных возникла перфорация язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки на фоне пенетрирующей язвы задней стенки. Наличие выраженных деструктивных изменений в области язв явилось показанием для выполнения радикальной операции. Резекция 2/3 желудка была произведена 61 больному, антрумэктомия с селективной ваготомией - 56. В раннем послеоперационном периоде после резекции желудка осложнения развились у 7 больных (11,5%), умерли 2 больных. Летальность 3,3%. После антральной резекции желудка с селективной ваготомией осложнения развились лишь у 3-х больных (5,3%). Летальных исходов не было. Сравнительная оценка отдаленных результатов показала, что антральная резекция желудка с селективной ваготомией является эффективным и надежным оперативным вмешательством у больных с сочетанными осложнениями гастроудоденальных язв, не приводящая к грубым нарушениям пищеварения и рецидиву заболевания. Уменьшение объема резекции при выполнении ваготомии и завершение операции наложением термино-латерального гастроудоденального анастомоза приводит к снижению частоты постгастрорезекционных синдромов и улучшению качества жизни пациентов после операции.

690. Новые пероральные антикоагулянты в амбулаторной практике лечения больных с острыми венозными тромбозами

Онучин П. Г., Новикова М.А., Волжанина Н.С.

Киров

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Цель и задачи работы: Сравнить эффективность и безопасность применения новых оральных антикоагулянтов у больных с острыми венозными тромбозами в амбулаторной практике. Материал и методы: С 2016 по 2018 г.г. под наблюдением находились 106 пациентов (в возрасте от 16 до 86 лет, 62 (58,5%) – мужчины, 44 (41,5%) – женщины) с дистальным неэмболоопасным венозным тромбозом флеботромбозом нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, социально благополучные, которым проводилось консервативное лечение и наблюдение в амбулаторных условиях. Всем пациентам с подозрением на ОВТ в поликлинических условиях проводилось инструментальное обследование – ультразвуковое компрессионное дуплексное ангиосканирование. Пациенты с эмболоопасным ОВТ направлялись на стационарное лечение в хирургические стационары г.Кирова, где проводилось хирургическое лечение – тромбэктомии, перевязки магистральных вен, имплантации кава-фильтра. Пациенты с неэмболоопасными окклюзионными и пристеночными тромбами нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, социально благополучные, лечились консервативно в амбулаторных условиях, при регулярном динамическом наблюдении амбулаторного хирурга. Консервативное лечение в амбулаторных условиях включало: активный режим, эластическую компрессию (компрессионный трикотаж 2-3 класса или бинты длиной растяжимости), антикоагулянтную терапию, прием НПВС. В зависимости от вида антикоагулянтной терапии все пациенты были распределены на две группы. В первой группе (82 пациента-77,4%) антикоагулянтная терапия включала пероральный прием ривароксабана (15 мг 2 раза в сутки в течение 3 недель с переходом на однократный прием 20 мг в сутки) с первого дня лечения ТГВ или переход на ривароксабан в первые двое суток с парентеральных антикоагулянтов – НФГ, НМГ

(эноксапарин натрия); во второй группе (34 пациента-22,6%) – первоначально было парентеральное введение лечебных доз НФГ, НМГ (эноксапарин натрия), как минимум 5-дневного введения, с последующим переходом на пероральный приём лечебной дозы дабигатрана этексилата (150 мг 2 раза в сутки). Длительность антикоагулянтной терапии зависела от наличия и характера факторов, предрасполагающих к рецидиву заболевания, наличия ВТЭО в анамнезе, распространенности тромбоза и ряда других обстоятельств, но составляла не менее 3-6 мес. Ежедневно больным проводился динамический врачебный, инструментальный, лабораторный контроль, для оценки адекватности антикоагулянтной терапии. Критерии оценки: Число пациентов с прогрессированием ТГВ, развитие геморрагических осложнений. Результаты и обсуждение: В 1 группе прогрессирование ТГВ отмечено у 3 пациентов (3,7%), во 2 группе у 2 пациентов (5,9%) ($p < 0,001$). Геморрагические осложнения (малые) отмечены у 2 (5,9%) пациентов во 2 группе ($p < 0,001$). Тромбоэмболии лёгочной артерии не было. Выводы: При дистальном неэмболоопасном венозном тромбозом флелотромбозе нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, социально благополучным, при ежедневном проведении динамического врачебного, инструментального и лабораторного контроля, для оценки адекватности антикоагулянтной терапии, возможно консервативное лечение в амбулаторных условиях, которое является высокоэффективным и безопасным. Антикоагулянтная терапия ОВТ ривароксабаном менее безопасна в плане развития геморрагических осложнений, чем при применении дабигатрана этексилата. Применение у данной категории больных новых пероральных антикоагулянтов позволяет значительно повысить качество жизни (амбулаторное лечение) и снизить стоимость лечения.

691. Актуальные вопросы хирургического лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы

*Лубянский В.Г., Аргучинский И.В.,
Казаков А.В., Сафонов Е.В.*

Барнаул

КГБУЗ ККБ

Большое разнообразие методов хирургической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы, высокий процент рецидивов после операции требует поиска оптимальных методов хирургического лечения больных с диафрагмальными грыжами. Материал и методы: С 2007 по 2017 годы в отделении прооперировано 248 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Средний возраст больных - 55 лет. Из них мужчин-59, женщин-189. В зависимости от доступа все хирургические вмешательства разделены на две группы: в первую группу включены операции, выполненные лапароскопически – 111 больных (42,2%), во вторую – 152 больных (57,8%), оперированных посредством лапаротомии. Эндоскопические эзофагофундопликации (ЭФП) выполнены: по Ниссену-Розетти у 5 (4,5%), Тоупе у 2 (1,8%), ЭФП в модификации клиники сочетания с проксимальной прекардиальной ваготомией (ППВ) (изобретение № 2189179) у 101 больного (90,9%). ЭФП по Черноусову у 3 больных (2,7%). Во второй группе ЭФП в сочетании с ППВ у 132 пациентов (86,8%), ЭФП по Черноусову у 3 (1,9%). Коррекция пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) выполнена у 41 больного 1 группы (36,9%) и у 89 второй группы (58,6%). В первой группе коррекция ПОД выполнялась посредством задней диафрагмокрурорафии (ДКР) у 21 больного (18,9%), аллопластики у 13 (11,7%), сочетанным методом – аллопластикой на предварительно ушитые ножки диафрагмы – у 7 больных (6,3%). Во второй группе задняя ДКР выполнена у 57 больных (37,5%), аллопластика ПОД у 20 (13,1%), ДКР сочетанная с аллопластикой у 12 (7,9%). Для аллопластики использовали композитные сетки «Flexilen», «Proseed», политетрафторэтиленовые перфорированные пластины «Экофлон» и облегченную полипропиленовую сетку. Наиболее часто аллопластика выполнялась в виде подковообразной пластины на заднюю полукруглую ПОД. У 5 больных произведена циркулярная фиксация аллопланта вокруг ПОД.

Результаты и обсуждение: Послеоперационные осложнения развились у 10 больных в 1 группе (9%): абсцесс грыжевого мешка 1(0,9%), дисфагия 9(8,1%) - купирована баллонной дилатацией или бужированием эндоскопом. Во второй группе послеоперационные осложнения возникли у 8 больных (5,2%): повреждение селезёнки у 3(2,0%), острый панкреатит у 1(0,7%), ущемление и некроз свода желудка у 1(0,7%), ранняя спаечная непроходимость у 1(0,7%), абсцесс грыжевого мешка у 2 больных(1,3%). Летальность составила 0,4% (1 больная). Причиной смерти явился некроз свода желудка вследствие его ущемления после аллопластики. В сроки наблюдения от 1 года до 10 лет обследовано 156 (62,9%) больных. Хорошие и отличные результаты в первой группе 63(87,5%), удовлетворительные 4(5,5%), неудовлетворительные 5(6,9%). Во второй группе хорошие и отличные результаты у 69(82,1%), удовлетворительные – у 8(9,5%), неудовлетворительные - у 10(11,9%) пациентов. Причинами неудовлетворительных результатов в первой группе феномен «телескопа» отмечен у 1(0,9%), смещение фундопликационной манжетки также у 1 больного, рецидив грыжи у 3 (2,7%). Во второй группе стойкий болевой синдром после повторной хиатоаллопластики зарегистрирован у 3 (3,6%), повреждение блуждающего нерва 1 (1,2%), рецидив грыжи с формированием стриктуры пищевода у 1 (1,2%), рецидив с перемещением 2/3 и более желудка в средостение с деформацией пищевода и желудка, и нарушением пассажа у 4 (4,8%), через недиагностированное единое пищеводно-аортального отверстия диафрагмы у 1(1,2%). Выводы: 1. Применение ППВ, фундопликации в модификации клиники приводит к хорошим и отличным результатам у большинства пациентов с ГПОД не зависимо от хирургического доступа. 2. При больших размерах ПОД считаем целесообразным выполнение коррекции его размеров, предупреждающей смещение в средостение желудка с развитием дисфагии и болевого синдрома.

692. Задняя сепарационная пластика в лечении послеоперационных грыж передней брюшной стенки

*Сажин А.В. (1), Андрияшкин А.В. (1, 2),
Ивахов Г.Б. (1), Мамадумаров В.А. (2),
Никишков А.С. (1, 2), Лобан К.М. (1).*

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2) ГКБ №1
им. Н.И. Пирогова

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж является одним из наиболее сложных разделов герниологии. Оно сопровождается длительным периодом реабилитации, высоким процентом местных раневых осложнений и частыми рецидивами заболевания. В первую очередь это касается так называемых «больших» грыж передней брюшной стенки, с шириной грыжевого дефекта более 10 см. При нахождении в грыжевом мешке более 20% органов брюшной полости (ситуация «потери домена»), их вправление может приводить к развитию тяжёлого «компармент-синдрома». В подобной клинической ситуации целесообразно использование методик увеличения объёма брюшной полости. Данные варианты основаны на применении техники разделения анатомических компонентов брюшной стенки ? сепарационной пластики. При этом меньшая частота раневых осложнений и лучшие функциональные результаты достигаются при использовании методик задней сепарационной пластики ? варианта ретромультикулярной пластики, предложенного А.М. Carbonell, и пластики с пересечением и мобилизацией поперечных мышц живота (TAR-пластика). Цель исследования: Изучить результаты задней сепарационной пластики у больных с «большими» послеоперационными грыжами. Материал и методы: С января 2017 года по февраль 2018 года на базе Центра хирургии грыж ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова 33 пациентам с послеоперационными вентральными грыжами выполнено грыжесечение и задняя сепарационная пластика. Среди них было 17 женщин (51,5%) и 16 мужчин (48,5%) в возрасте от 39 до 79 лет (средний возраст ? 59,4 года). По размерам грыжевых ворот больные разделились следующим образом: W2 ? 16 человек (48,5%), W3 ? 17 (51,5%). По числу рецидивов: R0 ? 27 больных (81,8%), R1 ? 5 (15,2%), R2 ? 1 (3,0%). TAR-пластика была выполнена 19 пациентам (57,6%), пластика по Carbonell ? 14 (42,6%). В двух случаях выполнены

симультанные хирургические вмешательства ? фундопликация по Nissen и дистальная субтотальная резекция желудка. Продолжительность операций составила от 110 до 295 минут (в среднем ? 175,2 минуты). Размеры сетчатого имплантата составили от 15?20 до 30?50 см. В послеоперационном периоде всем пациентам проводили мультимодальное обезболивание, антибиотикопрофилактику, профилактику венозных тромбозомболических осложнений, включая раннюю активизацию. Интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде контролировали внутрибрюшное давление. Ультразвуковое исследование брюшной полости, передней брюшной стенки, ангиосканирование вен нижних конечностей выполняли на 3-5 сутки послеоперационного периода. Результаты: Период наблюдения за пациентами составил от 1 до 12 месяцев. Одному больному (5,0%) потребовалось повторное хирургическое вмешательство по поводу инфицированной серомы, выполнена хирургическая обработка раны, наложение вторичных швов. Ещё у одного пациента в послеоперационном периоде развился синдром интраабдоминальной гипертензии, что потребовало проведение ИВЛ в течение трёх суток. Других осложнений и летальных исходов не было. Рецидив заболевания не зарегистрирован. Средний койко-день составил 7,8. Выводы: Задняя сепарационная пластика ? операция выбора у больных с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров, в ситуациях «потери домена». Адекватные техника хирургического вмешательства, анестезиологическое и реанимационное пособие позволяют добиться желаемого клинического результата при низком риске осложнений.

693. Хирургическое лечение острых тромбозов артерий нижних конечностей

Матюшкин А.В., Мустафин А.Х., Пакулова В.В.

Москва

Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Цель работы: анализ результатов хирургического лечения острых артериальных тромбозов. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 1412 пациентов, поступавших с явлениями острой артериальной непроходимости нижних конечностей в хирургическую клинику в период с 2012 по 2017 годы. Оперативному лечению подвергнуты 1005 (71,2%) пациентов в различные сроки от поступления. Среди них – 581 (57,8%) были оперированы по поводу артериальных эмболий, 424 (42,2%) - по поводу острых артериальных тромбозов. Среди больных, поступавших с эмболией, операционная активность составила 91,9% (581 из 632 пациентов). Операция при эмболиях не выполнялась лишь у больных с крайне тяжестью состояния при неугрожающей ишемии. Среди больных с острыми тромбозами были оперированы 54,3% (424 из 780 пациентов). Консервативная терапия назначалась у пациентов с неугрожающей (I степень) острой ишемией и продолжалась при положительной динамике. Часть таких больных, при отрицательной клинической динамике, была оперирована в экстренном и срочном порядке. Основными методами диагностики у больных, поступавших по поводу острых тромбозов артерий нижней конечности, являлись УЗДГ, УЗДС, ангиография, а также части больным была выполнена КТ- ангиография. Большинство больных поступало в стационар с угрожающей (54%), причем 2А – 32%, 2Б – 16%, 2В – 6%. Больных с неугрожающей ишемией (1 степень) было 43%. Около 3% пациентов поступало с парциальной или тотальной контрактурой. Из 110 экстренных вмешательств, выполненных на аорто-подвздошном сегменте, у 74 (67,2%) выполнялись при первичных острых тромбозах. В этом случае в 60 (81,1%) случаев конечности удалось сохранить, летальность составила 9,5% (7 больных). В 36 (32,8%) случаях выполнялась тромбэктомия из ранее наложенных шунтов, чаще всего с реконструкцией анастомоза. При этом показатель сохранения конечности составил 92%, летальность 2,8%. Из 314 экстренных вмешательств, выполненных при острых

тромбозах в бедренно-подколенном и берцовом сегментах, у 253 (80,6%) были выполнены по поводу первичного тромбоза. Показатель сохранения конечности в этой группе –76,2% (у 167 пациентов), летальность - 7,6% (24 больных). Бедренно-тибиальное шунтирование - самый распространенный вид реконструкции, был произведено 69 больным, бедренно-дистальноподколенное шунтирование - у 48 больных. 48 (19,4%) больных оперированы по поводу тромбоза ранее выполненной артериальной реконструкции. Сохранение конечности у этих больных достигнуто в 85,4% случаев (41 больных), детальность оказалась на уровне 6,3% (3 больных). В нашей работе было также проанализированы 36 случаев эндоваскулярных и гибридных вмешательств, выполненных за тот же период при острых тромбозах. В 6 случаях применялась реолитическая или аспирационная тромбэктомия, в 10 – баллонная ангиопластика, из них у 5 больных - выполненная в сочетании с открытой операцией в гибридной операционной. В 20 случаях была произведена ангиопластика со стентированием, причем, в 13 – выполнялась в сочетании с открытой операцией. В группе эндоваскулярных и гибридных вмешательств сохранение конечности было достигнуто в 88,9% случаев, летальность составила 2,7%. Выводы: Реконструктивные вмешательства при острых тромбозах артерий нижних конечностей являются эффективными методами лечения при угрожающей ишемии конечности. Перспективным направлением при этой патологии является применение эндоваскулярных и гибридных вмешательств, позволяющих не только повысить эффективность реконструкции, но и существенно снизить летальность.

694.Валидация шкалы Т.А. Rockall для оценки риска летального исхода у пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Тарасов Е.Е., Багин В.А., Нишневич Е.В.

Екатеринбург

МАУ ГКБ №40

Актуальность. Для стратификации рисков при диагностике неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта используют различные прогностические шкалы. Классификация по J.A. Forrest была создана для прогнозирования риска рецидива в зависимости от эндоскопической картины. В дальнейшем, для прогноза исходов в практику были внедрена шкала Т.А. Rockall и, более сложная для практического применения, шкала O. Blatchford. Несмотря на наличие исследований, подтверждающих высокую прогностическую значимость вышеперечисленных шкал, клиницисты часто их не используют в связи с отсутствием времени или материальных ресурсов в неотложной ситуации. Цель исследования: определить значимость шкалы Т.А. Rockall в прогнозе летального исхода у пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы. Нами проведено наблюдательное ретроспективное когортное исследование, в которое включены 312 пациентов, госпитализированных в МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга в 2014 и 2016 годах. Основным критерием включения явилась клиника неварикозного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов со следующими диагнозами: острая и хроническая язва желудка или ДПК, синдром Mallory-Weiss, рак желудка, острый гастрит и др. Для выявления степени активности кровотечения использовалась модифицированная шкала J.A. Forrest, а для выявления риска повторных кровотечений – прогностическая шкала Т.А. Rockall. Согласно шкале J.A. Forrest мы выделяли продолжающееся кровотечение (FIA, IB), остановившееся кровотечение (FIIA, IIB, IIC) и состоявшееся кровотечение (FIIB). Согласно классификации Т.А. Rockall в зависимости от количества баллов пациентов делили на группы низкого риска (0-4 балла), среднего риска (5-6 баллов) и высокого риска (больше 6 баллов). Статистический анализ выполнялся при помощи программы EZR on R

commander (v. 1.32). Переменные представлены в виде количества и доли в процентах. Для анализа категориальных данных применяли Pearson's χ^2 -test или F-test. Для определения прогностической значимости индексов тяжести ожоговой травмы использовался ROC-анализ. Допустимая вероятность случайной ошибки $P < 0,05$. Результаты. Из 312, включенных в исследование пациентов, летальный исход произошел у 31 пациента, что составило 9,9%. Умершие пациенты были достоверно старше по возрасту, чаще имели различную сопутствующую патологию, включая злокачественное новообразование. По основному диагнозу в большинстве случаев группы пациентов существенно не отличались. По степени активности кровотечения по шкале J.A. Forrest пациенты распределились следующим образом: пациенты с продолжающимся кровотечением (выжившие – 14,2% и умершие – 12,9%); пациенты с остановившимся кровотечением (74,4% и 67,7%); пациенты с отсутствующим кровотечением (11,4% и 19,4%, соответственно); $P = 0,425$. По шкале T.A. Rockall: 0-4 балла (выжившие – 71,2% и умершие – 3,2%); 5-6 баллов (21,0% и 32,3%); больше 6 баллов (8,2% и 51,6%, соответственно); $P < 0,001$. Рецидив кровотечения достоверно чаще встречался в группе умерших пациентов (51,6%), чем в группе выживших (8,2%); $P < 0,001$. Площадь под ROC-кривой для шкалы T.A. Rockall в прогнозе летального исхода составила 0,905 (95%ДИ 0,858-0,953). Оптимальное пороговое значение по шкале T.A. Rockall ≥ 5 баллов (чувствительность – 97%, специфичность – 71%); $P < 0,001$. До проведения дополнительных исследований, мы рекомендуем использовать шкалу J.A. Forrest для оценки риска повторного кровотечения и тактики эндоскопического лечения, но воздержаться от ее применения с целью прогноза смерти. Шкала T.A. Rockall показала себя как отличный инструмент для прогноза летального исхода. Выводы. Шкала T.A. Rockall обладает хорошей информационной ценностью в прогнозе летального исхода у пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, вне зависимости от нозологии. Оптимальным порогом для прогнозирования летального исхода является значение по шкале T.A. Rockall ≥ 5 баллов.

695. Первый опыт выполнения робот-ассистированной тиреоидэктомии по методике ВАВА.

Мосин С.В., Тигров М.С., Фейдоров И.Ю., Яковлева Л.П., Кротов М.А.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

На сегодняшний день золотым стандартом в хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы являются открытые операции (тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия), после которых неизбежно остается рубец на передней поверхности шеи. С 2007 года публикуются первые данные о применении видеоэндоскопических и робот-ассистированных операций на щитовидной железе, в первую очередь – по данным клиник из Южной Кореи. Существуют три основные методики операций на щитовидной железе без разреза на видимой части шеи: видеоэндоскопические операции, робот-ассистированные и эндоскопические операции, выполняемые из полости рта. При раке щитовидной железы описаны достоверные результаты для первых двух методик. Робот-ассистированные операции имеют преимущество перед видеоэндоскопическими за счет большей подвижности манипуляторов. Благодаря трехмерному стереоскопическому изображению с увеличением, достигается высокая точность хирургических манипуляций и минимальная травма тканей в зоне операции с сохранением околощитовидных желез и возвратных нервов. Введение троакаров в отдаленных точках позволяет полностью устранить послеоперационный разрез на видимой части шеи. По данным публикаций, в последнее время чаще других при роботической тиреоидэктомии используется методика ВАВА (с введением троакаров в 4-х точках). Эта методика сравнима с открытой тиреоидэктомией в обеспечении безопасности, но ассоциируется с длительной продолжительностью операции и значительно более высокой стоимостью. При выполнении операций при раке щитовидной железы было продемонстрировано сравнимо низкое количество рецидивов в отдаленном периоде. Среди противопоказаний к применению этой методики описываются: большой объем железы и/или узла, рак щитовидной железы среднего и высокого риска метастазирования, загрудинный зоб, предшествующие операции на шее. Из недостатков

следует выделить необходимость приобретения устойчивых навыков малоинвазивной хирургии у хирурга. При опухолях высокого риска, при местнораспространённых и недифференцированных видах рака, при подтверждённых метастазах в лимфоузлы шеи II-V групп, в настоящее время нет достоверных данных о преимуществах и недостатках методики. В нашей клинике в 2017 году выполнено 2 оперативных вмешательства по методике ВАВА. 1. Пациентка С. 50 лет. Диагноз: папиллярный рак щитовидной железы cT1bN0M0. При УЗИ - очаговое образование в правой доле щитовидной железы 19 мм, соответствует TIRADS V. Объем щитовидной железы 9,2 см³. Цитологическая картина папиллярного рака щитовидной железы (TBS VI). Выполнено хирургическое лечение в объеме робот-ассистированной тиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией по методике ВАВА. Время операции – 3 часа 20 минут. Послеоперационный период гладкий. Ионизированный кальций в первые сутки – 1,15. Нарушения фонации нет. Заживление ран без особенностей. Выписана на 3 сутки после операции. В препарате клетчатки шеи описано 5 лимфоузлов, без метастазов, стадия рака pT2N0M0. Осмотрена через 1 месяц, косметический эффект отличный. 2. Пациент В. 55 лет. Диагноз: папиллярный рак щитовидной железы cT1bN0M0. При УЗИ – диффузно-измененная щитовидная железа с очаговым образованием в левой доле до 16мм, соответствует TIRADS IV. Объем щитовидной железы 16 см³. Цитологическая картина папиллярного рака щитовидной железы (TBS VI). Выполнено хирургическое лечение в объеме робот-ассистированной тиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией по методике ВАВА. Время операции – 2 часа 55 минут. Послеоперационный период гладкий. Ионизированный кальций в первые сутки – 1,12. Нарушения фонации нет. Заживление ран без особенностей. Выписан на 2 сутки после операции. В препарате клетчатки шеи описано 8 лимфоузлов, без метастазов, стадия рака pT1N0M0. Осмотрен через 1 месяц, косметический эффект отличный.

696. Показания к выполнению мануально-ассистированных лапароскопических операций при травме живота

Берсенева А.А. (1), Чернявский С.С. (1),
Ликум В.О. (1), Фаев А.А. (2)

Новокузнецк

1) ГБУЗ КО «НГКБ №29», 2) НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Повреждения живота занимают одно из ведущих мест, в структуре ургентной хирургии, характеризуясь высокой степенью инвалидизации (до 30%) и летальностью (до 70%). Основным методом оперативного лечения абдоминальной травмы - лапаротомия. Хотя в последнее время появляются данные о лапароскопическом методе лечения абдоминальной травмы, но при данном виде операций возникают трудности с ревизией органов брюшной полости, в частности тонкой кишки. Поэтому поиск и совершенствование доступа в брюшную полость, а также адекватной ревизии органов остаются актуальными и востребованными задачами. Материалы и методы. С 1.01.2017 по 31.12.2017г. в отделении общей хирургии ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29» выполнено 14 мануально-ассистированных лапароскопических операций при закрытой и открытой травме живота. Из них 5 операций выполнено при закрытой травме живота (ЗТЖ) и 9 при открытой травме живота (ОТЖ). Средний возраст пациентов составил 38,6±1,3 лет. Давность травмы до операции колебалась от 1 до 30 часов и в среднем составила 4,7±1,8 ч Мужчин было 10, женщин 4. При поступлении в стационар пациентам производились стандартные диагностические мероприятия, включающие в себя: клиническое исследование крови, мочи, биохимическое исследование крови, обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Для операции использовалось эндоскопическое оборудование и инструменты высокой энергии типа LigaSure, для мануальной ассистенции использовали порт Dextrus. Результаты. Все мануально-ассистированные лапароскопические операции выполнены гемодинамически стабильным пациентам при уровне гемоглобина крови не ниже 100г\л При ЗТЖ выполнено 5 мануально-ассистированных лапароскопических спленэктомий. Из них три операции при повреждении селезенки 2 степени по AAST и две

при 3 степени. Общая кровопотеря колебалась от 200 мл до 800 мл. Длительность операции в среднем оставила $61,4 \pm 3,6$ минут (50-78 минут). При открытой травме живота мануально-ассистированная операция выполнена: в двух случаях без повреждений органов брюшной полости, в двух случаях при ранении печени – выполнена электрокоагуляция, в одном при ранении печени и желчного пузыря – выполнена электрокоагуляция и холецистэктомия, в трех случаях при ранении тонкой кишки – выполнено ушивание ран кишки, в одном при ранении тонкой кишки и сосудов забрюшинного пространства – выполнено ушивание ранения кишки и ревизия забрюшинного пространства, гемостаз. При ОТЖ порт для мануальной ассистенции использовался для упрощения ревизии кишечника и мануального ушивания ранений тонкой кишки. В одном случае потребовалась конверсия мануально-ассистированного доступа в лапаротомию при повреждении корня брыжейки с развитием забрюшинной гематомы. Общая кровопотеря колебалась от 0 до 500 мл. Длительность операции в среднем оставила $42 \pm 6,6$ минут (20-80 мин). При мануально-ассистированных лапароскопических операций при травме живота длина мини-доступа не превышала 8 см. Послеоперационных осложнений, летальных случаев не было. Обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками. Продолжительность пребывания в стационаре не превышала 6 суток и в среднем составила $4,6 \pm 0,2$. Выводы: 1. Мануально-ассистированная лапароскопическая спленэктомия показана при закрытой травме живота с разрывом селезенки 2-3 степени по AAST у гемодинамически стабильных пациентов. 2. Мануально-ассистированная лапароскопическая операция при открытой травме живота показана при повреждении паренхиматозных и полых органов у гемодинамически стабильных пациентов.

697. Улучшенное восстановление после неотложной холецистэктомии – пилотные результаты рандомизированного многоцентрового исследования

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

Москва

ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова

Введение. В плановой хирургии стандартизированные протоколы ускоренного ведения (ПУВ) пациентов сокращают продолжительность госпитализации и связанные с этим расходы без увеличения числа повторных госпитализаций. Несмотря на совершенствование хирургической техники, анестезии и периоперационного ухода, внедрение ПУВ при экстренной лапароскопической холецистэктомии до сих пор остается спорной у этой категории больных. На данный момент посвящено сравнительно мало работ о применении ПУВ пациентов в экстренной хирургии. Цель работы. Изучить протокол ускоренной реабилитации в ургентной хирургии при лечении пациентов с острым холециститом (ОХ). Материалы и методы. На базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова проводится проспективное рандомизированное исследование. С января 2017 года по сентябрь 2017 года включено 102 пациента с ОХ. Были включены 45 и 57 пациентов по ускоренному и стандартному протоколу соответственно. В исследование так же были зарегистрированы пациенты с осложненными формами ОХ. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и характеру основной и сопутствующей патологии. Критерии включения пациентов: по форме воспаления (острый катаральный, острый флегмонозный и острый гангренозный), распространенность перитонита (отсутствует, местный, разлитой), наличие инфильтрата (нет, рыхлый (разделен одним инструментом), плотный (разделен двумя инструментами)), возраст (старше 18 лет), операционно-анестезиологический риск II-IV по МНОАР. Критерии исключения: отказ пациента от оперативного вмешательства, перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии после операции, операционно-анестезиологический риск V, конверсия доступа, желчная гипертензия, острый холецистит тяжелого течения (Grade 3 по TG13). Длительность заболевания, время от момента поступления в

стационар до начала операции в группах достоверно не отличалось. Протокол включал: 1) Оперативное лечение в течение 24-х часов с момента постановки диагноза. 2) Информирование пациента. 3) Антибиотикопрофилактику за 30 минут до операции с отказом от антибиотикотерапии после операции. 4) Инфильтрационная анестезия троакарных ран и брюшины местным анестетиком пролонгированного действия (Бупивакаин или Ропивакаин). 5) Минипневмоперитонеум (8-10 мм рт.ст.). 6) Минимальная мощность электрокоагуляции (30Вт) 7) Ограниченные показания для использования дренажей. 8) Активизация больного через 2 часа после операции. 9) Кормление через 4 часа после операции (жидкая пища) при отсутствии тошноты. 10) Ограничение интра- и послеоперационных инфузий. Болевой синдром регистрировался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) сразу после операции, в промежутке через 6-8 часов и 12-24 часа после операции. Результаты. Всем пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) под эндотрахеальным наркозом. Дренирование брюшной полости было выполнено у 7 (15,6%) пациентов в основной и у 19 (33,3%) пациентов контрольной группы. Антибиотики после операции в основной группе были назначены у 3 (6,7%) пациентов и у 10 (17,5%) пациентов контрольной группы ($p=0,181$). Давление в брюшной полости (mmHg) в основной группе $9,3\pm 0,9$, в контрольной $12,1\pm 0,7$ ($p<0,0001$). Продолжительность операции (мин) в основной группе составила $87,3\pm 28,9$, в контрольной $99,6\pm 42,9$ ($p=103$). Сроки активизации больных ($H\pm h$) $4,4\pm 3,7$ и $6,1\pm 4,7$ в основной и контрольных группах соответственно ($p=0,071$). Первый прием пищи ($H\pm h$) в основной группе был через $2,8\pm 1,6$, в контрольной $5,1\pm 4,7$ ($p=0,005$). Болевой синдром по ВАШ в основной группе был ниже непосредственно после операции: $2,93\pm 1,9$ баллов против $5,13\pm 1,5$ ($p\neq 0,01$) баллов, через 6 часов ($2,3\pm 1,5$ балла против $4,1\pm 1,4$) ($p\neq 0,01$) и 12-24 часа ($1,9\pm 1,4$ против $3\pm 1,4$) ($p\neq 0,01$). Частота френикус-симптома в основной группе была у 8,9% пациентов, в контрольной у 38,6% ($p=0,001$). Средняя продолжительность госпитализации в основной группе составила $1,29\pm 0,7$ к/д, в контрольной $2,7\pm 1,6$ к/д. Досуточное пребывание у 24 пациентов и у 5 пациентов в основной и контрольной группе соответственно. По данным телефонного анкетирования были зафиксированы 2 осложнения в основной и 3 в контрольных группах. В первом случае пациенту из основной группы был диагностирован подпеченочный абсцесс (IIIA по Clavien-Dindo). Амбулаторно выполнена пункция под УЗ-контролем. Во втором случае – гематома

послеоперационной раны (IIIA по Clavien-Dindo). У одного пациента из контрольной группы был зарегистрирован Ишемический инсульт (IV по Clavien-Dindo). Серома послеоперационной раны (IIIA по Clavien-Dindo) и холедохолитиаз, механическая желтуха, потребовавшая ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракцию (IIIB по Clavien-Dindo) у 2 и 3 пациентов соответственно. Повторных госпитализаций, эпизодов лихорадки, болевого синдрома, отдаленных осложнений и летальных исходов в обеих группах не было. Обсуждение. Учитывая полученные данные, протокол ускоренного восстановления в лечении пациентов с острым холециститом, в том числе осложненным, показал преимущества перед традиционным ведением пациентов в плане снижения койко-дня, болевого синдрома, френикус-симптома при отсутствии повторных обращений за медицинской помощью и летальности.

698.Обоснование лечебно-диагностической тактики у больных нейроэндокринными опухолями тонкой кишки

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Лысанюк М.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени
С.М. Кирова МО РФ

Цель исследования. Уточнить рациональную программу диагностики и выбора тактики лечения больных нейроэндокринными опухолями (НЭО) тонкой кишки с учетом их клинко-морфологических особенностей. Материалы и методы. Проведено изучение результатов обследования и лечения 39 больных НЭО тонкой кишки. Мужчин было 20 (51,3%), женщин – 19 (48,3%). Возраст пациентов варьировал от 28 до 78 лет, составив в среднем $58,2 \pm 3,9$ лет. В результате обследования I ст. заболевания диагностирована у 2,5% больных, II ст. – у 7,7%, III ст. – у 15,4%, IV ст. – у 74,4%. НЭО G-1 выявлены у 53,8% больных, G-2 – у 46,2%. Отдаленные результаты лечения оценены у 97,4% больных. Результаты. Установлено, что НЭО тонкой кишки диагностированы в связи с развитием карциноидного синдрома у 33,3%, болевого абдоминально госиндрома – у 20,5% больных,

осложнений опухолевого процесса (кишечная непроходимость, кровотечение) – у 12,8% больных соответственно. НЭО тонкой кишки были диагностированы в ходе планового обследования как случайная находка в связи с отсутствием клинических проявлений у 33,3% больных, среди которых у 28,6% выявлена 4 стадия опухолевого процесса. Наибольшие трудности были обусловлены определением локализации опухоли в тонкой кишке, в связи с чем, 42,9% больных генерализованным опухолевым процессом первоначально расценены как без первичного очага (НЭО ВПО). Чувствительность СКТ-ангиографии в сочетании с компьютерной энтерографией в определении локализации НЭО в тонкой кишке была наибольшей и составила 83,3%, прямой ангиографии – 66,7%, МРТ – 37,5%, ФКС с осмотром терминального отдела подвздошной кишки – 22,9% соответственно. Чувствительность ПЭТ-КТ с ⁶⁸Ga в выявлении НЭО тонкой кишки составила 60%. Однако, метод позволил уточнить распространенность опухолевого процесса, выявив у 40% больных дополнительные метастатические очаги, не определяемые при СКТ. Комплексное обследование пациентов с выполнением в качестве первичного метода диагностики СКТ, дополненной в случаях недостаточной информативности другими лучевыми методами исследований, позволило подтвердить локализацию НЭО в тонкой кишке у всех пациентов генерализованными НЭО ВПО. Хирургическое лечение проведено у 31 (79,5%) пациента: радикальное оперативное вмешательство выполнено у 25,6%, циторедукция (удаление первичной опухоли и печеночных метастазов) – у 20,5%, удаление первичной опухоли – у 33,4%. Пациентам с генерализованными НЭО тонкой кишки в 82,6% проводилось комплексное лечение (лекарственная терапия и/или химиоэмболизация печени). Опухоли локализовались в подвздошной кишке в 96,8% случаев, в тощей кишке – в 3,2%, были множественными (? 2) – в 9,7% случаев соответственно. Средний размер НЭО составил 14±2,8мм (от 2 до 30). В связи с прогрессированием заболевания повторно оперированы 6 (19,4%) больных. Частота послеоперационных осложнений после первичных оперативных вмешательств составила 12,9%, после повторных – 37,5%. Доля тяжелых послеоперационных осложнений (по Clavien-Dindo) после первичных и повторных вмешательств составила 50%, летальных исходов не было. Выживаемость больных НЭО тонкой кишки в течение 5 лет составила при I-III ст. – 100%, при IV стадии - 70% соответственно. Выводы. НЭО тонкой кишки представляют трудности для ранней

диагностики в связи с отсутствием длительное время характерных симптомов заболевания у 66,7% больных. Современные лучевые методы топической диагностики позволяют у большинства пациентов определить локализацию НЭО в тонкой кишке и оценить распространенность опухолевого процесса. У больных генерализованными НЭО тонкой кишки обоснована активная хирургическая тактика лечения, которая в сочетании последующей лекарственной терапией и методам локального воздействия на метастазы печени позволяет добиться хороших отдаленных результатов лечения и улучшить качество жизни пациентов.

699. Стимуляция репаративных процессов на ранних сроках имплантации в брюшную стенку легкого полипропиленового протеза

Суковатых Б. С., Мутова Т.В., Затолокина М.А., Валульская Н. М., Пашков В.М., Цымбалюк В.В.

Курск

ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Известно, что при послеоперационных вентральных грыжах развивается атрофия мышц и апоневроза, происходит их соединительнотканное и жировое перерождение. Поэтому при имплантации легких сетчатых материалов в ткани брюшной стенки, в которой репаративные процессы угнетены нередко происходит отторжение протезов. Центральная роль в процессе заживления раны принадлежит фибробластам. Большое количество исследований подтверждает способность макрофагов и фибробластов независимо друг от друга активно участвовать в ремоделировании тканей раны, оказывать влияние на воспалительную реакцию и скорость заживления раны. Одним из способов стимуляции репаративных процессов является введение в ткани аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами. Следовательно, необходимо разработать метод стимуляции репаративных процессов брюшной стенки во время эндопротезирования легкими сетчатыми материалами при помощи обогащенной тромбоцитами аутоплазмы. Цель исследования.

Изучить морфологические изменения тканей, окружающие эндопротезы легкий «Эсфил» на ранних сроках их имплантации, при использовании обогащенной тромбоцитами аутоплазмы. Материалы и методы. Экспериментальное исследование было выполнено на 100 кроликах породы «Шиншилла», которые были разделены на две группы (по 50 животных в каждой): животным 1-й группы (контрольной) имплантировали легкий эндопротез «Эсфил» без введения в рану обогащенной тромбоцитами аутоплазмы, во 2-й (опытной) группе – легкий полипропиленовый эндопротез «Эсфил» с введением в рану обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в асептических условиях по методике «on – lay». Для морфологического изучения структурных особенностей тканей, окружающих эндопротез, животных выводили на 3-и сутки эксперимента. Биологический материал после фиксации в формалине, заливали в парафин. Изготавливали гистологические препараты и окрашивали их гематоксилином и эозином. Результаты и обсуждения. При гистологическом исследовании тканей, окружающих легкий сетчатый эндопротез «Эсфил» на 3 сутки эксперимента без использования плазмы обогащенной тромбоцитами выявлено, что в непосредственной близости к нитям эндопротеза клеточный компонент преобладает над волокнистым. В поле зрения визуализируется большое количество нейтрофилов, лимфоцитов и тучных клеток, находящихся в стадии дегрануляции. Клетки фибробластического ряда, моноциты, макрофаги и плазматиты единичные. Клетки воспалительного ряда преобладают над клетками фибробластического. В условиях применения плазмы обогащенной тромбоцитами отмечали, что в непосредственной близости к нитям эндопротеза с наружной и внутренней стороны эндопротеза наблюдается процесс упорядочивания и структуризации волокон соединительной ткани по контуру нитей эндопротеза, т.е. визуализируются начальные этапы образования перипротезной капсулы. Новообразованные волокна незрелые, тонкие, расположены рыхло. Клетки фибробластического ряда преобладают над клетками воспалительного ряда. Вывод. На ранних сроках эксперимента введение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в зону имплантации легкого полипропиленового эндопротеза «Эсфил» позволяет уменьшить выраженность воспалительной реакции и ускорить репаративные процессы.

700. Клинико- морфологическая оценка возможности использования гипоксического прекондиционирования при свободной кожной пластике

Бесчастнов В.В. (1), Багрянцев М.В. (1), Павленко И.В. (1), Орлинская Н.Ю. (2), Давыденко Д.В. (2), Рябков М.Г. (1)

Нижний Новгород

- 1) ГБУЗ НО "ГКБ № 30 Московского района"
- 2) ФГБУ «ФМИЦ» МЗ РФ

Гипоксия является одной из основных причин длительного существования хронических ран мягких тканей. В этих условиях при свободной аутодермопластике высока вероятность лизиса лоскута кожи. Снизить риск осложнений после выполнения свободной кожной пластики ран мягких тканей можно путем проведения гипоксического прекондиционирования трансплантата, основанного на стимуляции ангиогенеза и репаративной регенерации. Выполненное авторским коллективом прижизненное клинико-морфологическое исследование позволило положительно ответить на вопрос о возможности гипоксического прекондиционирования донорской области с целью повышения интенсивности процессов репаративной регенерации и ангиогенеза в трансплантате и увеличения площади его приживления. Цель исследования: провести прижизненную клинико-морфологическую оценку биоптата трансплантата, сформированного в условиях гипоксического прекондиционирования донорской области после свободной кожной пластики хронических ран мягких тканей на фоне сахарного диабета. Материалы и методы: объектом исследования явился аутодермотрансплантат, сформированный из области гипоксического прекондиционирования донорской зоны. Предметом исследования явились процессы репаративной регенерации и ангиогенез в кожном трансплантате, сформированном из области гипоксического прекондиционирования донорской зоны и площадь приживления аутодермотрансплантата. Гипотеза исследования заключалась в том, что в аутодермотрансплантате, сформированном из области гипоксического прекондиционирования донорской зоны, имеется высокая активность процессов репаративной регенерации и ангиогенеза, а площадь его приживления больше. Критериями, позволяющими

подтвердить или опровергнуть гипотезу, явились данные иммуногистохимического анализа (маркеры ангиогенеза: антитела к VEGRF, CD-31, Fli-1 антигенам, маркеры репаративной регенерации: индекс пролиферации Ki-67), а также площадь приживления трансплантата кожи. Критериями моделирования гипоксии явились данные лазерной доплеровской флоуметрии, полученные с помощью аппарата ЛАКК-02 (лазерного анализатора капиллярного кровотока). Площадь аутодермотрансплантата измеряли на фотоснимках, используя программу ImageJ. В клиническом исследовании пяти пациентам с хроническими ранами мягких тканей на фоне сахарного диабета выполняли свободную кожную пластику традиционным способом (контрольная группа), пяти пациентам – с гипоксическим прекондиционированием донорской зоны (основная группа). Гипоксическое прекондиционирование донорской зоны осуществлялось следующим образом: на передне-наружной поверхности правого бедра выполняли 2 параллельных разреза кожи и подкожной жировой клетчатки до поверхностной фасции таким образом, чтобы расстояние между разрезами составило 5 см, а длина разрезов – 10 см. Участок кожи мобилизован под контролем лазерной доплеровской флоуметрии до снижения показателя микроциркуляции на 40-50 % от исходного, после чего на разрезы наложен внутрикожный косметический шов. На 5-е сутки после свободной кожной пластики проводили иммуногистохимическое исследование аутодермотрансплантата. На 14-е сутки определяли площадь приживления аутодермотрансплантата. Результаты. Площадь приживления аутодермотрансплантата в контрольной группе составила 56 [52; 64] %, в основной группе – 91 [84; 95] % ($p = 0,007$). При двойном последовательном иммуногистохимическом окрашивании с использованием антител к Ki-67 и CD-31 антигенам в основной группе отмечалась повышенная пролиферация эндотелиальных клеток дермы в сравнении с контрольной. По данным иммуногистохимического исследования гистологических препаратов индекс пролиферации (ИП) в контрольной группе составил 17 [13; 24] %, в основной – 29 % [22; 33] ($p=0,011$). Повышение антител к VEGRF и Fli-1 в основной группе также указывало на интенсивность процессов ангиогенеза в основной группе в сравнении с контрольной. Заключение. По данным прижизненного иммуногистохимического исследования гипоксическое прекондиционирование аутодермотрансплантата влияет на усиление в нем

процессов репаративной регенерации и ангиогенеза, что, в свою очередь, приводит к большей площади его приживления.

701. Протокол Ускоренного Восстановления – все ли компоненты важны?

Далгатов К.Д., Козодаева М.В., Курсков А.О., Кошелев Д.А.

Москва

ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

В последние годы в хирургической практике стал широко применяться Протокол Ускоренного Восстановления или ПУВ, направленный на уменьшение количества послеоперационных осложнений, быстрое восстановление и полное выздоровление в более короткие сроки. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы 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 01.02.2018 57 пациентов, перенесших панкреатогастродуоденальную резекцию, пролечены 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. После госпитализации проводится предоперационная подготовка: профилактика тромбоэмболических 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, назогастральный зонд устанавливается только по показаниям на длительность операции, в область панкреатодигестивного анастомоза устанавливается страховой дренаж Джексона-Пратта, экстубация сразу по окончании операции. 9

операций было выполнено лапароскопическим доступом, остальные-традиционным. Первые сутки послеоперационного периода больные находятся в условиях отделения реанимации. Перевод в хирургический стационар осуществляется на вторые сутки, где удаляется мочевого катетер, продолжается профилактика тромбоэмболических осложнений, мультимодальная аналгезия, профилактика ПОТР, ранняя активизация, продолжается углеводное питание жидкими смесями. Антибактериальная терапия назначается только по показаниям: 4 пациента получали АБ в послеоперационном периоде в связи с интраоперационными явлениями холангита. На первые и третьи сутки проводится контроль амилазы в дренажном отделяемом. На третьи сутки всем пациентам проводится КТ-контроль с двойным контрастированием, затем удаляется страхового дренаж, если уровень амилазы в нем не превышает норму. После исключения несостоятельности анастомозов больным разрешается употребление твердой пищи с дополнительным сиппинговым питанием. С 2017г больным проводится мониторинг интенсивности болевого синдрома на 3-и сутки – до удаления эпидурального катетера и на 5-и сутки, соответственно, после его удаления, по шкале ВАШ. Так же на 5-е сутки мы оцениваем общее физико-эмоциональное состояние пациентов по опросникам качества жизни, при длительности госпитализации более 10 к/д проводится повторное анкетирование. Например, 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». У троих больных по результатам КТ ОГК на 3-и сутки была констатирована нижнедолевая пневмония, что потребовало назначения АБ-терапии. Данные ситуации увеличивают продолжительность госпитализации, но при этом не влияют на активизацию больного и не снижают качество жизни. Средний койко-день у больных, полностью прошедших протокол, составил 7,5 суток. Выписка пациента из стационара производится с учетом следующих критериев: полная активизация, полноценное питание, нормализация физиологических отправлений. Учитывая полученные нами данные, несмотря на «частичное» соблюдение компонентов протокола, достигается ранняя активизация и ускоренная реабилитация больных, а сам пациент из протокола не исключается.

702. Опыт применения эндоваскулярных методов лечения у пациентов с висцеральными кровотечениями.

Киселёв М.А., Платонов С.А., Кандыба Д.В., Парфенов А.О., Синенченко Г.И., Демко А.Е.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб «НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе»

Висцеральные кровотечения - грозное осложнение большого числа заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, патологий панкреатодуоденальной системы, новообразований мочеполовых органов, а также системных заболеваний организма. Частота развития таких кровотечений увеличивается практически во всех странах. Актуальность проблемы определяется высоким уровнем послеоперационной летальности, которая на высоте кровотечения варьируется от 11% до 50%. В последние годы эндоваскулярная эмболизация при висцеральных кровотечениях всё чаще рассматривается как альтернатива хирургическому вмешательству, особенно у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском и стоит в первом ряду лечебно-диагностических мероприятий при эндоскопически неконтролируемых кровотечениях. На основании данных большого количества источников, эмболизация позволяет добиться технического успеха более чем в 90% случаев. Риск ишемических осложнений, по разным данным, составляет от 0% до 16%. Рецидив кровотечения может возникнуть от 8,6% до 34,4% случаев. Материал и методы: С 2005 года по 2018 в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе рентгенэндоваскулярный гемостаз применен у 139 пациентов с висцеральными кровотечениями. Все больные поступили в сроки от двух часов до пяти суток от начала заболевания. Были обследованы клинически, лабораторно, инструментально. Возраст больных колебался от 24 до 89 лет. Сопутствующая патология имела место у 76% больных, а два и более сопутствующих заболевания были отмечены у 39% пациентов. В большинстве случаев причинами висцеральных кровотечений были заболевания поджелудочной железы (кисты, свищи), а также аррозивные кровотечения на фоне гнойных осложнений панкреонекроза, онкологических образований, заболевания и травмы мочеполовой системы. Кроме того, у 23 пациентов источником

кровотечения явились варикозно расширенные вены желудка на фоне левосторонней портальной гипертензии. Причиной последней у 16 пациентов явился хронический панкреатит, а у семи больных - рак поджелудочной железы. У 11 больных причинами желудочно-кишечных кровотечений явились посттравматические аневризмы печеночных артерий с формированием артериобилиарных и артериокишечных фистул. В наблюдениях использовался как классический бедренный доступ, так и пункции лучевой или плечевой артерий. Выполнялась селективная ангиография, в ходе которой уточнялась анатомия чревного ствола, верхней брыжеечной, внутренних подвздошных артерий, а также наличие продолжающегося кровотечения. Ангиографическая диагностика основывалась на выявлении прямых и косвенных признаков геморагии. Первые признаки (экстравазация контраста, тромботическая окклюзия сосудов, регионарный артериальный спазм, аневризмы) точно отражали источник кровотечения. Косвенные признаки (такие как локальная гиперваскуляризация) отражали особенности основного патологического процесса, с известной степенью достоверности локализовали источник кровотечения. Результаты: Эффективность эндоваскулярных вмешательств в представленных группах больных составила 90.5%. Технического успеха эмболизации удалось достичь у всех пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен желудка и сосудов печени. При кровотечениях на фоне заболевания поджелудочной железы гемостаз был осуществлен в 41 случае из 48. Кровотечение удалось остановить у 44 пациентов с заболеваниями и травмами мочеполовой системы. Рецидив кровотечения после эмболизации составил 9,8%. Обращает на себя внимание высокий процент эндоваскулярного гемостаза даже в группе больных с кровотечением на фоне инфицированного панкреонекроза. В большинстве случаев у этой категории пациентов удалось остановить тяжелое внутрибрюшное кровотечение с помощью эндоваскулярной эмболизации, что позволило в дальнейшем стабилизировать состояние больного. Высокая смертность (21%) была обусловлена тяжестью основной патологии. Выводы: Проведенный анализ свидетельствует о высокой эффективности эндоваскулярных вмешательств у больных с висцеральными кровотечениями. Данная методика позволяет определить источник кровотечения, оценить состояние гемостаза, остановить висцеральную геморагию, стабилизировать гемодинамику пациента с

перспективой на радикальное открытое вмешательство. Эндоваскулярная эмболизация не сопровождается тяжелой операционной травмой и сравнительно легко переносится больным.

703. Результаты лапароскопической холецистэктомии у пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Михин И.В., Косивцов О.А., Рясков Л.А.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Избыточную массу тела имеют более половины россиян, а у трети из них развивается морбидное ожирение. Желчнокаменной болезнью страдают каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Операцией выбора при сочетании желчнокаменной болезни с избыточной массой тела или ожирением является лапароскопическая холецистэктомия, выполнение которой сопряжено с определёнными техническими трудностями. Материал и методы. С 2011 по 2018 год в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолГМУ лапароскопическую холецистэктомию перенесли 93 пациента с избыточной массой тела и ожирением: из единого лапароскопического доступа (ЕЛД) – 12 (12,9%), из единого лапароскопического доступа с троакарной поддержкой («ЕЛД+») – 45 (48,4%), традиционную лапароскопическую холецистэктомию (ТЛХЭ) – 36 (38,7%). Причем у 2 из 36 пациентов ТЛХЭ была дополнена интраоперационной холангиографией и дренированием культи пузырного протока по Холстеду-Пиковскому в связи с перенесённой механической желтухой, вызванной транзитом через папиллу мелких конкрементов из желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку. Холецистэктомию из ЕЛД перенесли 6 пациентов с индексом массы тела (ИМТ) 25-30 кг/м², 3 с ИМТ 30-35 кг/м², 2 с ИМТ 35-40 кг/м², 1 с ИМТ >40 кг/м²; по технологии «ЕЛД+» - 15 пациентов с ИМТ 25-30 кг/м², 8 с ИМТ 30-35 кг/м², 14 с ИМТ 35-40 кг/м², 8 с ИМТ >40 кг/м²; ТЛХЭ - 16 пациентов с ИМТ 25-30 кг/м², 7 с ИМТ 30-35 кг/м², 9 с ИМТ 35-40 кг/м², 4 с

ИМТ>40 кг/м². Как правило, у пациентов с ожирением подкожно-жировая клетчатка в пупочной области значительно выражена и при выполнении ТЛХЭ не всегда удаётся безопасно создать пневмоперитонеум и установить 11-мм троакар для лапароскопа, что является поводом к началу операции с открытой лапароскопии. Холецистэктомии из ЕЛД и «ЕЛД+» всегда начинаем с открытой трансумбиликальной установки мультипортов «Эндокон» или «Икс-кон». Безусловно у больных с ожирением II и III степени с ИМТ 35-40 кг/м² и ИМТ>40 кг/м², соответственно, основной технической проблемой выступает дефицит длины инструментов и их триангуляции. Полученные результаты и обсуждение. Успешно мы завершили 88 (94,6%) из 93 операций, у 5 (5,4%) больных были констатированы осложнения. У 2 из них после ТЛХЭ в раннем послеоперационном периоде развилось кровотечение из добавочной ветви пузырной артерии, которое было остановлено клипированием на релапароскопии. Резидуальный холедохолитиаз мы диагностировали ещё у 1 пациента после ТЛХЭ, что потребовало выполнить ЭПСТ с литоэкстракцией. У 2 пациентов после холецистэктомии из «ЕЛД+» случились летальные осложнения: у 1 - двусторонняя вирусная пневмония (грипп Н1N1), у 1 – перфорация поперечно-ободочной кишки, устранённая на лапаротомии в первые сутки после холецистэктомии. Пациенты после ТЛХЭ находились в стационаре в среднем 7,7±0,7 суток, после холецистэктомии из ЕЛД - 5,0±0,7 суток, после холецистэктомии, выполненной по технологии «ЕЛД+» - 5,9±0,5 суток. Через 6 и 12 месяцев после операции контрольное обследование прошли 56 (60,2%) пациентов: 24 перенесли ТЛХЭ, 25 - «ЕЛД+»-холецистэктомию, 7 – холецистэктомию из ЕЛД. У 1 больной после холецистэктомии из ЕЛД с ожирением III степени и инсулинзависимым сахарным диабетом случилось нагноение раны с формированием послеоперационной вентральной грыжи, устранённой путём лапароскопического грыжесечения с интраперитонеальной аллогерниопластикой комбинированным сетчатым имплантом. Вывод. Как традиционная лапароскопическая холецистэктомия, так и холецистэктомия, выполняемая из ЕЛД или «ЕЛД+», являются обоснованными вариантами хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, имеющих избыточную массу тела или страдающих морбидным ожирением.

704. Пути снижения диагностических и тактических ошибок при остром аппендиците

*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 ГКБ 7 г. Казани

Актуальность. Проблема дифференциальной диагностики острого аппендицита сохраняет свою остроту до настоящего времени. Об этом свидетельствуют показатели диагностических ошибок, которые в 2 раза чаще встречаются среди женщин по сравнению с мужчинами: соответственно 15,6% и 7,5%. У женщин часто под маской острого аппендицита протекают острые воспалительные гинекологические заболевания, которые нередко трудно дифференцировать по клинико-лабораторным данным и показателям инструментального исследования. Число операций по поводу катарального аппендицита среди женщин по данным литературы в 3 раза выполняется чаще, чем среди мужчин, что косвенно подтверждает трудности дифференциальной диагностики при указанной патологии. Цель. Оценка результатов дифференциальной диагностики острого аппендицита и эффективности инструментальных методов диагностики в снижении диагностических и тактических ошибок. Материал и результаты. Из 2347 больных, поступивших в клинику с острым аппендицитом, у 987 (42,0%) отмечалась неясная клиническая картина, что могло стать причиной ряда диагностических и тактических ошибок и требовала дополнительных методов исследования для подтверждения диагноза. Для устранения возможных диагностических ошибок нами использован принцип этапного обследования больных острым аппендицитом. Основанием для постановки диагноза у большинства больных на первом этапе обследования было изучение клинико-anamnestических и лабораторных данных. Выявление лейкоцитоза, нейтрофилеза и повышения уровня С-реактивного белка крови отмечалось у 85-96% больных острым аппендицитом, что соответствует данным литературы. По клиническим показаниям с целью уточнения диагноза на втором этапе обследования выполнялись специальные методы исследования: ЭКГ, рентгенография грудной клетки и живота, УЗИ

органов брюшной полости, компьютерной томографии и магнитнорезонансной томографии (КТ и МРТ). На третьем этапе обследования выполнялась диагностическая лапароскопия. Среди больных с подозрением на острый аппендицит, которым потребовалась лапароскопия с целью дифференциальной диагностики женщин было 723 (73,2%), а мужчин 264 (26,7%). По данным нашего наблюдения сомнительный и неясный диагноз острого аппендицита среди женщин встречался почти в 3 раза чаще, чем среди мужчин. Из 723 больных женщин с неясным диагнозом у 348 (48,1%) возникла необходимость в проведении диагностической лапароскопии. После проведения лапароскопического исследования у 174 женщин были выявлены маточно-трубный рефлюкс, альгодисменорея и апоплексия яичника, у 105 женщин аднексит. У 22 женщин при лапароскопии были выявлены различные формы острого аппендицита, по поводу которых выполнялись аппендэктомии. У 37 женщин проведение лапароскопии не обнаружило воспалительных изменений червеобразного отростка или матки с придатками. Но среди них были выявлены следующие заболевания: дивертикул Меккеля (4 пациентки), болезнь Крона, мезаденит (4), мезентериальный тромбоз (1). Еще у 24 женщин проведение лапароскопии позволило снять диагноз острого аппендицита и острого гинекологического заболевания. Им дополнительно была проведена фиброколоноскопия, после чего был установлен диагноз колита. Это позволило избежать диагностических ошибок и выбрать адекватную лечебную тактику. Наиболее частым показанием к применению специальных методов исследования, включая лапароскопию, была необходимость в проведении дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и гнойно-воспалительными гинекологическими заболеваниями. Локализация боли в нижних отделах живота или правой подвздошной области, положительные симптомы Раздольского, Щеткина-Блюмберга, наличие лейкоцитоза и сдвига лейкоформулы крови нередко затрудняли проведение дифференциальной диагностики, напоминая картину острого аппендицита. Но вместе с тем более тщательный анализ анамнеза и клинической картины позволял выявлять указания на то, что появлению болей в животе предшествовали внутриматочные процедуры гинекологом, а местом локализации боли с самого начала была нижняя часть живота. Отсутствие таких характерных симптомов аппендицита, как симптомы Волковича-Кохера, Ситковского, позволяли предположить наличие воспалительного

гинекологического заболевания. Проводимое УЗИ органов живота и малого таза, как правило, выявляло наличие свободной жидкости в позди маточном пространстве. Дополнительная консультация гинекологом не во всех случаях позволяла определиться с окончательным диагнозом, что требовало проведения в таких случаях диагностической лапароскопии. При использовании лапароскопии в 98-100% случаях удавалось установить правильный диагноз, а также выполнить лечебную санацию брюшной полости и малого таза. У 7 женщин выполнена резекция нагноившейся маточной трубы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Таким образом, применение современных инструментальных методов диагностики (УЗИ, КТ и МРТ) позволяет существенно расширить возможности дооперационной диагностики, но нередко проведение только лапароскопического вмешательства позволяет окончательно установить клинический диагноз. Поэтому в спорных случаях, когда при проведении дифференциальной диагностики острого аппендицита возникают затруднения, считаем целесообразным применение этапного подхода дифференциальной диагностики. Во время первого этапа необходима оценка анамнеза и клиническо-лабораторных показателей, что часто позволяет установить диагноз и выбрать правильную тактику лечения. Однако у ряда пациентов на первом этапе не удается установить точный диагноз, что диктует необходимость проведения инструментальных методов диагностики (УЗИ, КТ/МРТ). На этом втором этапе часто удается подтвердить или отвергнуть диагноз острого аппендицита или выявить признаки острого воспалительного гинекологического заболевания, что позволяет выбрать адекватное лечение. И лишь при невозможности установить диагноз после применения инструментальных методов исследования возникает необходимость в использовании диагностической лапароскопии, как третьего (инвазивного) этапа диагностической программы. Лапароскопия позволяет визуально оценить изменения в червеобразном отростке и органах малого таза у 98-100% больных и на основании этого выбрать оптимальную лечебную тактику.

705. Реконструкция тазового дна ксеноперикардиальной тканью.*Шинкарев С. А., Латышев Ю. П., Клычева О. Н.*

Липецк

ГУЗ ЛООД

Актуальность/цель исследования: Колоректальный рак занимает 4 место в структуре причин смерти от злокачественных новообразований в развитых странах мира. Заболеваемость ежегодно неуклонно растет. В последнее время все шире применяется лучевая и химиотерапия, но хирургия все же остается наиболее эффективным методом лечения рака прямой кишки. На данный момент экстирпация прямой кишки остается актуальным оперативным вмешательством. Брюшно-промежностная экстирпация и экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки являются калечащими операциями и приводят к образованию большого дефекта в области промежности. Известно множество способов хирургической реконструкции тазового дна. Нами разработан и запатентован способ пластики раны промежности с помощью пластины «кардиоплант». Цель исследования: оценить возможность реконструкции промежностной раны с помощью пластины «кардиоплант». Материал и методы: ЭлБПЭ выполнена 27 пациентам. Рак прямой кишки – 22, рак анального канала – 5. В возрасте от 54 до 76 лет. Стадия заболевания – от T4 N0 M0 (2в) – 3, T3 N1 M0 (3в) – 9, T4 N1 M0 (3в) – 8, T4 N2 M0 (3с) – 6; T3 N1 M1 (печень), 4 ст., 1 пациент. Предоперационная лучевая (химиолучевая) терапия была проведена 25 больным. Использованные способы пластики: 1. «простая» (ушиты кожа и подкожно-жировая клетчатка) – 6; реконструкция полипропиленовой сеткой – 3 случая; оментопластика – 2 пациента, пластика VRAM-лоскутом – 2 больных; у 14 пациентов для закрытия промежностной раны использовалась пластина "кардиоплант". На способ фиксации пластины получен патент РФ. Результаты: Инфекционные осложнения возникли у 3 больных в группе после «простой пластики», у 2 пациентов – с полипропиленовой сеткой (материал из раны удален). У 3 больных с реконструкцией ксеноперикардиальной пластиной "кардиоплант" наблюдались серомы промежностной раны. Серомы эвакуированы, удаление материала не потребовалось. Выводы: существуют различные способы восстановления тазового дна после экстирпации прямой кишки, каждый имеет свои

особенности, достоинства и недостатки. Выбор того или иного метода должен основываться на совокупности многих факторов. Индивидуальный подход к выбору позволяет максимально расширить возможности пластической хирургии с максимальным результатом. Пластика промежностной раны с помощью пластины «кардиоплант» возможна.

706. Дисфункция сфинктера Одди после холецистэктомии*Ступин В.А., Басарболиева Ж.В., Крючков Г.И.*

Москва

ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России

Актуальность. Возникновение ДСО после ХЭ достигает 45%. Используемые в настоящее время методы диагностики и лечения пациентов с ДСО имеют ограниченный успех, по-видимому, связанный с ограниченным использованием в диагностике данных пациентов эндоскопической манометрии. Целью нашей работы стало улучшение методов диагностики и результатов лечения у пациентов с холецистэктомией в анамнезе. Материалы и методы. В исследование включены 80 пациентов с ПХЭС, из них 6,6% мужчин и 93,4% женщин. Средний возраст составил 67,2±11,4 лет. Органическая или функциональная патология ЖКТ выявлена у 80,2 % пациентов. Полученные результаты. Клиническая картина у пациентов с ПХЭС отличалась вариабельностью. Выявлена зависимость между выраженностью диспептических явлений и болевого синдрома и сроком выполнения операции. У пациентов с выполненной ХЭ 15-35 лет назад постоянный болевой синдром наблюдался в 3,5 раз чаще, диспептические явления – в 2,7 раз чаще, чем в группе пациентов с ХЭ, выполненной в более раннем периоде. Кроме того, выявлена прямая корреляционная связь наличия органической патологии ЖКТ от срока проведения операции. Частота органической патологии прогрессировала пропорционально времени, прошедшему после ХЭ, так через 15-35 лет частота органической патологии составила 82,6%(p<0,05). Зависимости между типом

операции (открытая, лапароскопическая) и полиморфизмом клинической картины достоверно выявлено не было. С целью исключения функциональной патологии пациентам при отсутствии противопоказаний проводилась эндоскопическая манометрия. При анализе данных манометрии выявлено, что у пациентов с ДСО среднее давление в холедохе превышало нормальные показатели в 1,31 раз, среднее давление в сфинктере Одди в 1,82 раза, амплитуда сокращений сфинктера Одди в 2,75 раз. Данные изменения статистически достоверно характерны для пациентов с ПХЭС с длительным болевым синдромом и с выраженными диспептическими явлениями. Также выявлена прямая корреляционная связь повышения данных показателей от срока проведения операции (более 15-35 лет) ($p < 0,05$), что, по-видимому, связано с потерей резервуарной функции желчного пузыря. Выводы. Таким образом, эндоскопическую манометрию необходимо проводить пациентам с ПХЭС для эффективности диагностики и лечения.

707.Современные минимальноинвазивные технологии в хирургическом лечении нерезектабельной холангиокарциномы печени

*Ширяев А.А.(1), Мусаев Г.Х.(1), Лощенов М.В.(2),
Бородкин А.В.(2), Шарипов Р.Х. (1)*

Москва

1) Клиника факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко Первого Московского Государственного медицинского Университета им. И.М.Сеченова 2) Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт общей физики имени А.М. Прохорова Российской академии

Цель: усовершенствование диагностики и улучшение результатов лечения больных холангиокарциномой, осложненной механической желтухой. Материалы и методы: с 2012 по февраль 2018 года в нашей клинике 30 пациентам с нерезектабельной холангиокарциномой, осложненной механической желтухой, выполнены минимальноинвазивные диагностика и комбинированное лечение. Этим больным, первым

этапом, проводили чрескожное чреспеченочное желчеотведение под контролем УЗИ и рентгеноскопии. Для видеофлюоресцентного изображения опухоли и подтверждения злокачественного поражения использовали эндовидеофлюоресцентный модуль для эндоскопии и микрохирургии (производство ЗАО «БИОСПЕК») и фотосенсибилизаторы Фотосенс (0.5 мг/кг), Фотолон и Радахлорин (в дозе 1 – 1.2 мг/кг). Накопление фотосенсибилизаторов опухолевой тканью, также подтверждали при помощи флюоресцентной диагностики (ФД) с использованием оптоволоконного лазерного спектроанализатора (ЛЭСА-01-БИОСПЕК). После получения видеофлюоресцентного изображения опухоли желчных протоков и подтверждения преимущественного накопления в ней фотосенсибилизаторов, проводили лечение. Всем пациентам выполнена внутрипротоковая фотодинамическая терапия (ФДТ) и стентирование стриктуры желчных протоков нитиноловым стентом под контролем рентгеноскопии. Для ФДТ в желчных протоках устанавливали гибкий оптоволоконный световод с цилиндрическим облучателем на дистальном конце или балонный катетер, раздуваемую часть которого фиксировали в проекции стриктуры желчных протоков. Плотность мощности лазерного излучения (ЛФТ-670-01-БИОСПЕК, длина волны 670 нм является достаточно эффективной одновременно для всех фотосенсибилизаторов) составляла 200 мВт/см², длительность процедуры в среднем равнялась 10 минутам, суммарная световая доза облучения 150 - 200 Дж/см². Осложнений во время операции не было. Результаты: у всех больных отмечено преимущественное накопление фотосенсибилизатора в опухолевой ткани. У десяти больных, с блоком долевых и сегментарных протоков, на 3-5-й день после проведенной ФДТ отмечена частичная или полная реканализация заблокированных опухолью сегментарных протоков, что позволило обеспечить полноценное желчеотведение. Продолжительность жизни составила от 3 до 29 месяцев (средняя 11 месяцев), 11 больных продолжают находиться на динамическом наблюдении. Заключение: представленные минимальноинвазивные методы диагностики и лечения холангиокарциномы, осложненной механической желтухой, позволяют не только установить диагноз и наладить полноценное желчеотведение, но и провести противоопухолевое лечение с хорошими непосредственными результатами, не снижая качество жизни больного.

708. Программирование физико-химических свойств раневых покрытий на основе хитозана в эксперименте

Гуменюк С.Е. (1), Григорьев Т.Е. (2), Гуменюк А.С. (1), Ушмаров Д.И. (1), Сотниченко А.С. (1), Гуменюк И.С. (1), Белова В.Е. (1), Джопуа М.А. (1), Исянова Д.Р. (1)

Краснодар, 2) Москва

1) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар; 2) НИЦ «Курчатовский институт», Москва.

Одной из актуальных задач современной биологии и медицины является создание новых композитных материалов на основе природных биополимеров, особенно перспективным в этом направлении является возможность программирования физико-химических свойств (адгезивность, биodeградируемость, способность к пленкообразованию, сорбируемость, гемостатическая, антибактериальная, антиоксидантная активность, иммуномодулирующий эффект) синтетического раневого покрытия за счет изменения его трехмерной структуры и степени полимерной сшивки. В качестве такого природного биополимера может выступать хитозан, волокна которого могут быть использованы при лечении ран мягких тканей не только как биоразлагаемое адгезивное средство, способное сорбировать раневую экссудат и стимулировать регенерацию в зоне альтерации, но и выполнять роль матрицы для любого фармакологического средства, введенного в его структуру. Объектом исследования служили 8 различных типов образцов хитозана, синтезированных для разработки оптимального раневого покрытия в лечении неинфицированных, инфицированных и гнойных ран. Изучаемые образцы имели молекулярную массу от 200 кДа до 600 кДа, пористость от 97% до 99%, изотропные поры различного диаметра с упорядоченной или хаотичной ориентацией. Образцы также отличались выраженностью фитильного эффекта. В ходе эксперимента был разработан новый способ моделирования раны мягких тканей. Изучение физико-химических свойств исследуемых образцов осуществляли путем введения образца средней массой 0,4 г в сформированную ранее у экспериментального животного асептическую или инфицированную рану мягких тканей. Эксперименты выполнены на 30 животных ? самцах

белых нелинейных крыс средней массой 450 гр. (получены из питомника лабораторных животных РАМН «Рапполово»). Анализ полученных результатов позволил установить следующее: все изучаемые образцы показали высокую биоадгезивность, биосовместимость, биodeградируемость и фитильность; гемостатическую, антибактериальную, антиоксидантную активность. Однако степень адгезивности и биodeградации существенно зависела от молекулярной массы образца и особенностей внутренней ориентации в них пор. Скорость биodeградации варьировала от 5 до 20 суток. В результате эксперимента были отобраны образцы, проявившие наибольшую функциональную активность и показавшие лучшие результаты в ранозаживлении, а также наиболее перспективные для применения их в качестве матрицы под различные фармакологические средства. Таким образом, можно сделать вывод о перспективности использования хитозана в качестве природного биополимера в создании синтетического раневого покрытия за счет уникальности его свойств и возможности программирования основных его характеристик. Так, имея возможность контролировать скорость биodeградации, степень адгезивности, а также иммуномодулирующий эффект биополимера, в зависимости от поставленных задач можно не только использовать его в качестве ранозаживляющего средства или матрицы под различные фармакологические средства, но также регулировать длительность воздействия введенного в него лекарственного препарата.

709. Течение тромбоза глубоких вен нижних конечностей в зависимости от содержания D-димеров и С-реактивного белка в остром периоде

*Петриков А.С. (1,2), Дудин Д.В. (1,3),
Шойхет Я.Н. (1,3), Попкова Л.Н. (3), Володин И.В.
(1,3)*

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
- 2) КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»
- 3) КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул»

Актуальность. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) остается серьезной проблемой современной медицины и является одной из основных причин смертности и инвалидизации населения. В связи с этим своевременная диагностика венозного тромбоза, позволяющая определить характер заболевания и возможные риски для больного, приобретает первостепенное значение. Наряду с инструментальными и ультразвуковыми методами широко применяются лабораторные методы, среди которых существенное значение имеет определение содержания D-димеров. Наряду с разнонаправленными нарушениями в системе гемостаза, немаловажную роль в патогенезе развития ВТЭО многие исследователи отводят воспалению. Наиболее значимым маркером повреждения сосудистой стенки и воспаления является С-реактивный белок (СРБ). В последние годы появились работы, касающиеся определения содержания белков острой фазы воспаления и маркеров тромбообразования, а также оценки их ассоциативных взаимосвязей при венозных тромбозах, однако вопросы распространенности тромботического процесса в венозном русле, его течение и прогноз на фоне антикоагулянтной терапии в зависимости от динамики содержания D-димеров и СРБ в остром периоде остаются недостаточно изученными. Цель: изучить отношения шансов (ОШ) развития ТГВ, характер поражения и течения венозного тромбоза в зависимости от содержания D-димеров и СРБ в остром периоде на фоне антикоагулянтной терапии. Материал и методы. В сравнительное проспективное исследование с ноября 2015 по май 2017 г. включено 62 пациента с документально подтвержденным ТГВ в возрасте от 25 до 69 лет (средний возраст $53,9 \pm 2,6$ года), госпитализированных в отделение сосудистой хирургии КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул». В зависимости от характера поражения венозного

русла, больные были рандомизированы на 2 группы. В первую группу включено 37 пациентов (27 мужчин и 10 женщин; средний возраст $55,9 \pm 1,8$ лет) с прокси-мальным ТГВ. Вторую группу составили 25 больных (14 мужчин и 11 женщин) с дистальным ТГВ. В первой группе изолированный ТГВ диагностирован у 30 больных (81,1%), во второй группе – у 20 больных (80,0%); ($p > 0,05$). Сочетание проксимального ТГВ с ТЭЛА в первой группе отмечено у 6 больных (16,2%), а с тромбозом поверхностных вен (ТПВ) – у 1 больного (2,7%). Во второй группе дистальный ТГВ сочетался с ТЭЛА у 2 больных (8,0%), а с ТПВ – у 3 больных (12,0%). В первой группе преобладали протяженные тромбозы бедренной вены в сочетании с поражением подколенной и берцовых вен (18 больных; 48,7%), у 13 больных (35,1%) выявлен тромбоз подвздошно-бедренно-подколенно-берцового сегмента, а у 6 больных (16,2%) – подвздошно-бедренно-подколенный флеботромбоз. Во второй группе у большинства больных установлен тромбоз подколенно-берцового сегмента (18 больных; 72,0%), а изолированный тромбоз берцовых вен – у 7 больных (28,0%). Методом случай-контроль была сформирована контрольная группа – 74 относительно здоровых человека, без признаков каких-либо заболеваний (45 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 23 до 67 лет (средний возраст $52,2 \pm 1,7$ года). Критерии включения: верифицированный ТГВ, возраст от 18 до 69 лет, длительность заболевания не более 14 суток. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет и старше 69 лет, острые инфекции, онкологические заболевания, скелетные травмы и переломы, оперативные вмешательства, длительная иммобилизация, авиаперелеты, наличие противопоказаний к применению антикоагулянтной терапии (АКТ), тяжелые сопутствующие заболевания почек, печени и сердца в стадии декомпенсации. В стационаре, наряду общепринятыми клинико-лабораторными показателями крови, больным на 1-3, 5-7 и 12-14 сутки госпитализации определялось количественное содержание D-димеров (хемилюминесцентный двухстадийный иммуноферментный метод на автоматическом коагулометре Instrumentation Laboratory ACL Elite Pro (USA) с использованием реактивов «D-Dimer, HemosIL» и СРБ (иммунотурбидиметрический метод на автоматический анализатор Sapphire 400 (Hirose Electronic System, Japan) с применением набора реагентов СРБ – Витал фирмы DAC – SpectroMed). Аналогичные показатели изучены в контрольной группе. В остром периоде больным с ТГВ назначались гепарины согласно российским клиническим рекомендациям 2015 г. В дальнейшем

54 больных (87,1%) были переведены на пероральные антикоагулянты, а 8 больных (12,9%) – на антагонисты витамина К (АВК). В первой группе 6 больным (16,2%) осуществлен подбор дозы АВК (варфарина), 29 больным (78,4%) назначен дабигатран этексилат (ДЭ), а 2 больным (5,4%) – ривароксабан. Во второй группе на варфарин переведены 2 больные (8,0%), 21 больному (84,0%) назначен ДЭ, 2 больным (8,0%) – ривароксабан ($p > 0,05$). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием лицензионных программ Microsoft Office и «Statistica, version 10» (США. Статистически значимыми различия (p) принимались при $p < 0,05$. Полученные результаты и обсуждение. Установлено, что среднее содержание D-димеров и СРБ в остром периоде у больных с ТГВ в течение 12-14 суток как у пациентов с проксимальным, так и дистальным тромбозом было статистически значимо выше, чем в контрольной группе. На протяжении острого периода средние значения D-димеров и СРБ в первой группе были статистически значимо выше, чем во второй группе. Корреляционный анализ выявил ассоциативные взаимосвязи средней силы между содержанием D-димеров и СРБ в первой группе на 5-7 суток ($r=0,55$; $p=0,012$) и 12-14 суток ($r=0,46$; $p=0,0042$), а во второй группе – на 1-3 суток ($r=0,58$; $p=0,0092$) и 12-14 суток ($r=0,53$; $p=0,0204$). На фоне АКТ в остром периоде у больных ТГВ установлена тенденция к снижению как среднего содержания D-димеров, так и средней концентрации СРБ на 5-7 и 12-14 суток по сравнению с исходными и предыдущими показателями ($p < 0,01$). В первой группе на 12-14 суток синхронное снижение содержания D-димеров и СРБ наблюдалось у 27 больных (73,0%), снижение одного показателя – у 8 больных (21,6), а синхронное повышение D-димеров и СРБ отмечено лишь у 2 больных (5,4%). Из этих двух больных на 13 суток от госпитализации мужчина в возрасте 45 лет, получающий АВК, умер от фатальной ТЭЛА на фоне прогрессирования тромбоза (исходно окклюзионный бедренно-подколенно-берцовый флелотромбозом слева). У него на фоне лечения АВК отмечался значительный рост содержания СРБ на 5-7 и 12-14 суток (более 100 мг/л). При этом уровень D-димеров на протяжении всего острого периода был резко повышен (более 7500 нг/мл). Во второй группе на 12-14 суток синхронное снижение содержания D-димеров и СРБ наблюдалось у 23 больных (92,0%), снижение D-димеров на фоне роста СРБ – у 1 больного (21,6), а синхронное повышение D-димеров и СРБ отмечено лишь у 1 больной в возрасте 35 лет (5,4%). У нее на протяжении всего острого периода сохранялся

высокий уровень СРБ (более 50 мг/л) и D-димеров (более 2000 нг/мл). Пациентка получала АВК (варфарин) в дозе 5 мг. в сутки. Спустя 3,5 месяца после выписки на фоне приема варфарина больная была госпитализирована в связи с острым рецидивным проксимальным венозным тромбозом. Установлено, что содержание D-димеров в сыворотке до 250 нг/мл не сопровождается увеличением ОШ развития как дистального ТГВ [OR=0,022; 95% CI: 0.001-0.087, $p > 0,05$], так и проксимального ТГВ [OR=0,007; 95% CI: 0.001-0.055, $p > 0,05$]. Концентрация D-димеров от 251 до 500 нг/мл также влияет на ОШ развития дистального [OR=0,207; 95% CI: 0.026-1.676, $p > 0,05$] и проксимального ТГВ [OR=0,132; 95% CI: 0.017-1.055, $p > 0,05$] тромбоза, тогда как содержание D-димеров более 500 нг/мл ассоциировано с увеличением ОШ развития дистального ТГВ в 35,9 раза [OR=35,6; 95% CI: 9.11-141.17, $p < 0,05$], а проксимального ТГВ – в 36,5 раза [OR=36,45; 95% CI: 9.27-143.3, $p < 0,05$]. Содержание СРБ в сыворотке до 5,0 мг/л не сопровождается увеличением ОШ развития дистального [OR=0,104; 95% CI: 0.38-6,73; $p > 0,05$] и проксимального ТГВ [OR=0,021; 95% CI: 0.70-3.77; $p > 0,05$]. Концентрация СРБ в диапазоне от 5,01 до 10,0 мг/л также влияет на ОШ развития дистального [OR=1,61; 95% CI: 0.13-37.26; $p > 0,05$] и проксимального ТГВ [OR=1,67; 95% CI: 0.251-33.071; $p > 0,05$], тогда как содержание СРБ в сыворотке более 10,0 мг/л ассоциировано с ОШ развития дистального ТГВ в 8,7 раза [OR=8,66; 95% CI: 4.03-18.57; $p < 0,05$], а проксимального ТГВ – в 16,8 раза [OR=16,82; 95% CI: 5.59-50.54; $p < 0,05$]. Выводы. Таким образом, у больных с проксимальным и дистальным ТГВ в остром периоде в течение 12-14 суток среднее содержание D-димеров и СРБ в сыворотке статистически значимо выше, чем у здоровых лиц. При этом в течение острого периода средние значения D-димеров и СРБ при проксимальном тромбозе статистически значимо выше по сравнению с дистальным тромбозом. Имеется умеренная корреляционная взаимосвязь между содержанием D-димеров и СРБ в сыворотке на 5-7 и 12-14 суток острого периода у больных с проксимальным ТГВ, на 1-3 и 12-14 суток у больных с дистальным ТГВ на фоне АКТ. Применение в остром периоде адекватной АКТ, сопровождающейся синхронным снижением содержания D-димеров и СРБ к 12-14 суткам свидетельствует о благоприятном течении ТГВ. В то же время, нарастание лабораторных маркеров на 5-7 и 12-14 суток на фоне применения антикоагулянтов, в частности D-димеров и СРБ, может рассматриваться как прогностически неблагоприятный признак течения ТГВ с развитием

летального исхода или прогрессированием тромбоза. Установлено, что содержание D-димеров в сыворотке более 500 нг/мл ассоциировано с увеличением ОШ развития проксимального и дистального ТГВНК в 36,5 и 35,9 раза, соответственно. Увеличение уровня СРБ в сыворотке более 10,0 мг/л ассоциировано с увеличением ОШ развития проксимального и дистального тромбоза в 16,8 и 8,7 раза, соответственно. Определение содержания D-димеров и СРБ у больных с ТГВ позволяет оценить его течение и прогноз, а также эффективность АКТ в остром периоде.

710. Анализ осложнений после реконструкций постоянных стом

*Ибатуллин А.А. (2), Гайнутдинов Ф.М. (2),
Эйбов Р.Р. (1), Суфияров Р.Р. (1), Аминова Э.М. (1)*

Уфа

1) ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21 г.Уфа. 2) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России.

Актуальность: Рост числа радикальных операций в хирургии рака прямой кишки неуклонно приводит к увеличению количества поздних стомальных осложнений. По данным различных авторов их число составляет 30-96% среди пациентов, оперированных радикально по поводу рака прямой кишки. Превалирующими осложнениями являются парастомальные грыжи, ухудшающие качество жизни и не позволяющие использовать современные средства по уходу за колостомой. Кроме этого, существует риск развития ущемления парастомальной грыжи. Продолжается дискуссия о наиболее предпочтительном методе формирования постоянной стомы у пациентов, перенесших экстирпацию прямой кишки. Материал и методы: На базе отделения колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы в период с 2012 по 2017 гг. выполнено 18 реконструкций колостом у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки по поводу рака прямой кишки. Показаниями для оперативного лечения были наличие поздних стомальных осложнений, таких как парастомальная грыжа, пролапс стомы, приводящие к значительному снижению качества

жизни, невозможности использовать средства по уходу за стомой. Помимо этого, основным критерием отбора пациентов было отсутствие данных за рецидив основного заболевания. Операцией выбора являлась реколостомия с использованием сетчатого импланта с антиадгезивным покрытием и без него с применением оригинальной методики и технических приемов, разработанных в клинике. Полученные результаты и обсуждение: Сроки наблюдения составили от 1 года до 5 лет. У 15(83,2%) пациентов удалось добиться хороших и отличных результатов. У всех пациентов вновь появилась возможность использовать клеящиеся калоприемники и другие современные средства по уходу за стомой. Среди оперированных наблюдались следующие осложнения: в 1 (5,6%) случае нагноение в зоне установки сетчатого импланта, что потребовало удаление импланта с переносом стомы на новое место; у 1 (5,6%) пациента развилось Рихтеровское ущемление в сформированном в стомальном окне сетки вследствие атрофии приводящего отдела кишки, что также потребовало выполнения дополнительного укрепления окна в сетке; в 1 (5,6%) случае развился пролапс приводящего конца кишки в подкожную клетчатку. Данный случай потребовал реколостомии и резекции пролабирующего участка кишки. Выводы и рекомендации: 1) в большинстве случаев (83,2%) удалось добиться хороших и отличных результатов, вновь появилась техническая возможность использовать клеящиеся калоприемники и другие средства по уходу за стомой, что существенно улучшило качество жизни пациентов и уход за стомой; 2) разработанные в клинике технические приёмы и оригинальные методы ликвидации поздних стомальных осложнений доказали свою эффективность и могут быть рекомендованы в качестве операции выбора у пациентов с постоянной стомой.

711.Первый опыт лапароскопических вмешательств при парастомальных грыжах

*Ибатуллин А.А. (2), Гайнутдинов Ф.М. (2),
Эйбов Р.Р. (1), Суфияров Р.Р. (1), Аминова Э.М. (1).*

Уфа

1) ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21 г.Уфа. 2) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России.

Актуальность: В последние годы наблюдается тенденция роста числа пациентов успешно перенесших радикальное оперативное лечение по поводу рака прямой кишки. При отсутствии рецидива заболевания и длительном стоманосительстве возрастает риск развития поздних стомальных осложнений, из которых наиболее часто встречаются парастомальные грыжи. Реконструкция стомы относится к разряду сложных оперативных вмешательств с высоким травматизмом и длительными сроками реабилитации. Для данной категории пациентов наиболее предпочтительно использовать малоинвазивные методы лечения как наименее травмирующие, что позволило бы сократить сроки реабилитации. Материал и методы: С 2016 года на базе отделения колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы выполнено 3 лапароскопические операции по ликвидации парастомальной грыжи у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки. Показаниями для операции стало наличие параколостомической грыжи, значительно затрудняющей уход за стомой. У данных пациентов отсутствовали объективные данные за рецидив основного заболевания. Полученные результаты и обсуждение: Сроки наблюдения составили 1 год. Во всех трех случаях удалось добиться хорошего результата. Критериями положительного результата послужили отсутствие рецидива парастомальной грыжи и возможность использовать современные средства по уходу за стомой. Из возникших осложнений в 1 (33,3%) случае отмечено формирование подкожной серомы, которая потребовала пункционного удаления. В дальнейшем в период наблюдения за пациентом повторного возникновения серомы не отмечалось. Выводы и рекомендации: Первый опыт лапароскопических операций по ликвидации парастомальных грыж показал хорошие результаты. В сроки наблюдения рецидивов не наблюдалось. Однако, как и любой внедренный способ

оперативного лечения, требует дальнейшего изучения и проведения анализа.

712.Профилактика инфекций в области хирургического вмешательства в эксперименте на белых крысах

*Блинова Н.П. (1,2), Валиахмедова К.В. (2),
Алексеев А.М. (1), Бондарев О.И. (1)*

Новокузнецк

1) НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 2) ГАУЗ КО НГКБ №1

Актуальность: Проблема инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) в неотложной абдоминальной хирургии имеет большое социально-экономическое значение и требует разработки новых методов профилактики. На настоящий момент имеются единичные клинические исследования по изучению эффективности местного применения препаратов рекомбинантного интерлейкина-2 (РИЛ-2) в целях профилактики ИОХВ. Материалы и методы: В 2016-2017 гг. на базе вивария НГИУВа проведено исследование на 200 белых крысах. Животные были разделены на три группы: контрольная группа №1 - крысы, которым выполнен разрез кожи без формирования ИОХВ и введения РИЛ-2 (50 крыс); контрольная группа №2 - крысы, которым выполнен разрез кожи с формированием поверхностной ИОХВ, но без введения РИЛ-2 (75 крыс); основная группа - крысы, которым выполнен разрез кожи с формированием поверхностной ИОХВ и введением РИЛ-2 (75 крыс). Формирование ИОХВ заключалось в введении в рану 10 % каловой взвеси. Основной группе крыс производилось инъекционное введение РИЛ-2 в дозе 2500 МЕ. На 3, 7, 14 и 28 сутки после операции давали макроскопическую оценку операционной раны у крыс. Также изучали микроскопическую картину раневого процесса у крыс, оценивали степень выраженности воспаления, зоны некроза, грануляции, фиброза. При сравнении исследуемых групп использовался непараметрический критерий Манна-Уитни и критерий Крускала-Уоллиса. При уровне значимости $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми. Полученные результаты:

В контрольной группе №1 и в основной группе на 3-е сутки после операции местные признаки воспаления были выражены незначительно, отделяемого не было. На 7-е, 14-е и 28-е сутки местные признаки воспаления отсутствовали. В основной группе, по сравнению с контрольной группой №1 при микроскопическом исследовании на 3-е сутки воспалительная инфильтрация и зона некроза были невыраженными, обнаружена грануляционная ткань с начальными признаками фиброза, на 7-е сутки отмечено выраженное развитие грануляционной ткани с умеренно выраженным фиброзом. На 14-е и 28-е сутки воспалительная инфильтрация была незначительной, сохранялось выраженное развитие грануляционной и фиброзной ткани. В контрольной группе №2 на 3-е сутки послеоперационного периода были отмечены выраженные местные признаки воспаления. На 7-е сутки – макроскопическая картина была прежней, из ран поступало гнойное отделяемое, сохранялись скопления гноя в стенках и дне раны. На 14-е сутки внешние признаки воспаления стали регрессировать, однако при разведении краев ран, стенки и дно были покрыты фибрином (незначительно), в них определялись гнойники. На 28-е сутки в стенках ран сохранялись единичные скопления гноя. При микроскопическом исследовании на 3-е сутки отмечена выраженная воспалительная инфильтрация с широкой зоной некроза, слабовыраженная грануляционная ткань без признаков фиброза, на 7-е сутки увеличилась зона грануляционной ткани, признаки фиброза по-прежнему отсутствовали. На 14-е и 28-е сутки воспалительная инфильтрация и выраженность грануляционной ткани сохранялась прежней, появились начальные признаки фиброза.

Обсуждение: При сравнении исследуемых групп выявлены достоверные различия в макроскопической и микроскопической картине операционной раны на 3-е, 7-е, 14-е и 28-е сутки ($p=0,003$). Дальнейший анализ выявил, что макро- и микроскопические признаки воспаления были выражены в меньшей степени в группе с введением рИЛ-2 по сравнению с группой без введения рИЛ-2 ($p=0,002$) и сопоставимы с результатами в группе без формирования ИОХВ ($p=0,7$). Также выявлено, что признаки регенерации в группе с введением рИЛ-2 были более выражены в сравнении с группами без введения рИЛ-2. Выводы и рекомендации 1. Местное введение препаратов рИЛ-2 способствует благоприятному течению раневого процесса у белых крыс, уменьшает выраженность воспалительных изменений в ране, стимулирует процесс регенерации.

2. Представляется возможным использование препаратов рИЛ-2 для профилактики инфекций области хирургического вмешательства.

713. Опыт применения минимально инвазивных вмешательств под контролем УЗ и рентгенотелевиденья в центральной районной больнице

Луныков И.А.

Луховицы, Московская область

ГБУЗ МО "Луховицкая ЦРБ"

Актуальность. Количество пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости неуклонно растёт. Хирургическим стационарам 2 уровня, которыми являются хирургические отделения центральных районных больниц, согласно проекту Национальной стратегии развития хирургической службы страны, необходимо в полной мере оказывать весь объём специализированной медицинской помощи. В настоящее время стационары имеют возможность использовать МСКТ, МРТ, имеют в распоряжении современные УЗ-сканеры, эндоскопические аппараты, лапароскопические и рентгеноперационные. На этом оборудовании должны работать обученные, квалифицированные специалисты. Основами диагностики и лечения являются положения Национальных клинических рекомендаций Российского общества хирургов. На современном этапе развития медицинской науки и техники своевременная диагностика и лечение пациентов с деструктивным и хроническим панкреатитом, синдромом механической желтухи, различными скоплениями патологической жидкости в брюшной полости невозможно без применения минимально инвазивных вмешательств под контролем ультразвуковой и рентгеновской навигации. Цель исследования: доказать необходимость применения МИВ под контролем УЗ и рентгенотелевиденья в хирургическом отделении ЦРБ в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями РОХ и проектом Национальной стратегии развития хирургии в России. Материалы и методы. За 4 года, в период с 2014-2017г, ГБУЗ МО «Луховицкая ЦРБ» с

применением МИВ пролечено 318 пациентов, которым проведено 442 вмешательства. Более трети операций выполнено в экстренном и срочном порядке. Все манипуляции проводились в условиях оборудованной рентгеноперационной. 98% вмешательств под местной анестезией. Используются методики, разработанные В.Г. Ившиным, инструменты и расходные материалы отечественного производства. Медицинская помощь оказывается в рамках государственных гарантий обязательного медицинского страхования, что делает её общедоступной. Осложнения составили 0,4%. Общая летальность 0,32%. 1. Нехолангиогенные абсцессы печени 2, пункции и дренирования 4. 2. Деструктивный холецистит 16, пункции и дренирования 18. 3. Периаппендикулярный абсцесс 4, дренирование, санация гнойных полостей 4. 4. Послеоперационные скопления жидкости 8, дренирование полостей 8. 5. Сочетанные повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства 2. Из них сквозное ранение печени, общего печеночного протока и 12перстной кишки 3 вмешательства. Сквозное ранение восходящего отдела толстой кишки и мочеточника в верхней трети 3 вмешательства. 6. Кисты почек, обструктивные заболевания мочевыводящих путей 122, дренирование, склерозирование кист почек, нефростомии, цистостомии 122. 7. Острый деструктивный панкреатит, парапанкреатит 14, дренирование гнойно-некротических полостей катеторами малого 12Fr и среднего 18-20 Fr калибра с ежедневным промыванием растворами антисептиков, этапными фистулографиями и некрэксеквестрэктомиями 45. Летальных исходов 2. В одном случае развился внутренний толстокишечный свищ ипрофузное кровотечение в полость толстой кишки. В другом случае рецидив острого панкреатита с развитием панкреатогенного шока и полиорганной недостаточности. 8. Хронический псевдотуморозный, калькулёзный панкреатит, ложные кисты поджелудочной железы 28. 36 вмешательств. Из них 3 случая с развитием механической желтухи, проведена ЧЧХС с реканализацией зон стеноза и эндопротезированием желчных протоков. 1 пациенту после наложения гастроэнтероанастомоза и ЧЧХС в плановом порядке ПДР в специализированном учреждении. Дренирование кист у 25 пациентов, 31 вмешательство. С развитием синдрома портальной гипертензии 3 случая, у 1 сформирован пункционный цистогастроанастомоз, у 1 выявлена кистозная дистрофия 12перстной кишки на фоне калькулёзного панкреатита, у

1псевдомуцинозная опухоль, в 1 случае сформировался частичный наружный панкреатический свищ, в плановом порядке панкреатоэнтероанастомоз в специализированном учреждении. У 20 пациентов связи кист с протоком поджелудочной железы не выявлено. При динамическом наблюдении жидкостных скоплений не определяется. 9. Синдром механической желтухи 122 пациента, которым проведено 199 вмешательств. Холедохолитиаз 41. Наличие камня подтверждалось при УЗИ, МРХПГ, в срочном порядке РХПГ, ПСТ, литэкстракция. В 3 случаях, в экстренном порядке ЧЧХС, подтверждёнхоледохолитиаз, затем эндоскопическая ПСТ и литэкстракция (рандеву). В 4 случаях, когда доступ к БДС затруднён или невозможен (резекция желудка по Б-II, парафатериальный дивертикул) проводилась ЧЧХС, после ликвидации желтухи оперативное лечение. У 1 пациента проведено антеградное, чрескожное удаление конкрементов. Летальных исходов 4. 3 в результате билиарного панкреатита, гнойного холангита, интоксикации, 1 тотальный панкреонекроз после РХПГ и ПСТ. Механическая желтухаопухолевой этиологии 81. Низкий блок (I-II тип по Bismuth) 71. Рак головки поджелудочной железы 50, Холангиокарцинома 4, метастатическое поражение печеночного протока 17. Проводилась ЧЧХС. В случаях резектабельной опухоли пациенты направляются в лечебное учреждение 3 уровня. При метастатическом поражении и нерезектабельностиреканализация опухолевой стриктуры с наружновнутренним дренированием и эндопротезированием желчных протоков, что в значительной степени улучшает качество жизни. Высокий блок (III-IV тип по Bismuth) в результате метастатического поражения и опухоли Клацкина 10. Дренирование правой и левой долей печени 1 дренажём с дополнительными отверстиями 2. Раздельное дренирование правой и левой долей печени 2. Реканализация и эндопротезирование стриктур наложенных ранее билиодигистивных анастомозов 2. Первичный пункционный гепатикогепатикоаастомоз 1. Фистулография, коррекцияранее установленных дренажей 1. Восстановлениехолангиостом по свищевому ходу с реканализацией стриктуры и эндопротезированием желчных протоков 2. Летальных исходов 4. 3 пациента с раком желудка 4 ст, 1 гепатоцеллюлярным раком. Смерть в результате прогрессирования основного заболевания и полиорганной недостаточности. Осложнения:1. Дислокация дренажей 6. 2.Кровотечение в брюшную полость 1. 3. Гемобилия 2. 4. Острый панкреатит 2. В 3 случаях потребовалась

лапаротомия, остановка кровотечения, лапаротомия с наложением гепатикоюноанастомоза по Ру, лапаротомия, холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха. Другие осложнения ликвидированы консервативно либо минимально инвазивными методами. Выводы: Минимально инвазивные вмешательства являются эффективными в диагностике и лечении многих острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Специалистам хирургических отделений 2 уровня необходимо осваивать и широко внедрять МИВ в клиническую практику.

714. Закрытая травма живота с повреждением печени в сочетании с контузией или разрывом диафрагмы

*Колкин Я.Г., Хацко В.В., Межаков С.В.,
Кузьменко А.Е., Вегнер Д.В., Филахтов Д.П.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького

Актуальность. Закрытая торакоабдоминальная травма относится к тяжёлым. В мирное время частота повреждений печени составляет 21 – 28%, причем закрытые повреждения наблюдаются в 26 – 51% случаев. Летальность при закрытых травмах печени колеблется от 8% до 52%. Болевой шок, контузия или разрыв диафрагмы значительно утяжеляют состояние пострадавших. Материал и методы. За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна лечился 441 больной с механическими травмами различных органов брюшной полости. Из них у 63 (14,3%) человек имело место закрытое повреждение печени различного генеза. В 28 случаях имелось нарушение функции или структуры правого купола диафрагмы (разрыв купола – 23, контузия - 5) в сочетании с травмой печени. У больных в разных сочетаниях применены методы диагностики: обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), лапароцентез, лапароскопия. Для оценки тяжести травмы печени была использована международная классификация Moore (1986).

Полученные результаты. По данным обзорной рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки признаками контузии диафрагмы были: высокое стояние правого купола диафрагмы, его неподвижность, смещение средостения влево. У одного пациента наблюдалось «коромыслообразное» движение куполов диафрагмы. При разрывах правого купола диафрагмы рентгенологически отмечено уменьшение правого легочного поля, ателектаз нижней доли правого легкого. Компьютерная томография позволяет в ряде случаев выявить пролапс части печени в правую плевральную полость. Операция при значительном повреждении печени относится к жизнеспасующим, её необходимо выполнять в наиболее ранние сроки после травмы. Для остановки кровотечения из поврежденных сосудов печени применяли разработанные в клинике изобретения - “Способ ушивания паренхиматозных органов и устройство для его осуществления” (патент № 63618 А от 15.01.2004 г.) и “Кровоостанавливающий зажим” (патент № 63763 А от 15.01.2004 г.). В 28 случаях кровотечение из поверхностной раны печени остановлено с помощью электрокоагуляции. Ранения печени с повреждением долевых и сегментарных сосудов и нежизнеспособность печеночной ткани при ее размождении явились основными показаниями к резекции печени (35 чел.). У 23 пациентов с разрывом диафрагмы рана ушита двухрядным швом. Умерли 8 человек, что составило 12,7%. Причиной смерти у 4 из них оказалось массивное кровотечение, у 3 – перитонит, у 1- печеночно-почечная недостаточность. Обсуждение. Современные лучевые методы исследования дают объективное представление о характере повреждений печени и диафрагмы. Каждый из методов имеет чёткие показания. УЗИ даёт возможность оценить исходную тяжесть травмы печени и состояние паренхимы органа до операции и в послеоперационном периоде. С её помощью можно выявить также посттравматические осложнения (гематома, билома). С помощью КТ с болюсным контрастным усилением в динамике уточняют величину, распространённость, локализацию, объём гематомы или ушиба, а также повреждение диафрагмы. Лапароцентез и лапароскопия выполняются в первую очередь у гемодинамически нестабильных пациентов. Разрывы печени и диафрагмы являются показаниями к срочной операции. Выводы и рекомендации. Основными методами диагностики закрытой травмы живота с повреждением печени в сочетании с контузией или разрывом диафрагмы являются обзорная

рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки, лапароцентез или лапароскопия, УЗИ, КТ груди и живота. Основной принцип хирургического лечения данной категории больных – использование минимальных по объему оперативных вмешательств.

715. Малотравматичные доступы при хирургическом лечении больных с карциномой щитовидной железы

Долидзе Д. Д. 1,2, Подвязников С. О. 1, Варданян А. В. 1, Лебединский И. Н. 2, Мельник К. В. 1, Бедин В. В. 1,2, Багателия З. А. 1,2,

Москва

1 ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации

2 ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность: хирургические вмешательства при раке щитовидной железы чаще всего характеризуются неудовлетворительным косметическим эффектом. Данный факт обусловлен преимущественным использованием широкого доступа к щитовидной железе и ее регионарным лимфатическим узлам. Цель: уменьшение травматизации тканей и улучшение косметического эффекта при хирургическом лечении больных с карциномой щитовидной железы. Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 196 больных с дифференцированной карциномой щитовидной железы (2 группы). I группа состояла из 83 (49,4%) пациентов, которые находились на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина с 2009 по 2012 гг. Они были разделены на подгруппы в зависимости от распространенности опухолевого процесса и выполненной операции. I подгруппа включала 32 (38,6%) больных с T1N0M0. Им была выполнена тиреоидэктомия. II подгруппа состояла из 29 (34,9%) пациентов с T1-4N1aM0. Тиреоидэктомия у последних была дополнена центральной лимфодиссекцией. 22 (26,5%) больным с распространенностью процесса T1-4N1bM0 из III подгруппы удаление щитовидной железы

сочеталось с футлярно-фасциальным иссечением клетчатки шеи. Соотношение мужчин и женщин составило 1:5. Средний возраст составил 45,7 лет. Всем пациентам данной группы выполнены экстрафасциальные вмешательства из традиционных шейных доступов, в том числе с пересечением предгортанных и лопаточно-подъязычных мышц. II группа включала 113 (57,6%) пациентов, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина с 2013 по 2017 гг. Распространенность процесса в I подгруппе (36 (31,8%) больных) составила T1N0M0, во II подгруппе (48 (42,4%) пациентов) – T1-4N1aM0 и в III подгруппе (29 (25,7%) больной) – T1-4N1bM0. В I подгруппе всем пациентам была выполнена тиреоидэктомия, во II – тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией и в III – тиреоидэктомия с футлярно-фасциальным иссечением клетчатки шеи. Соотношение мужчин и женщин составило 1:4. Средний возраст составил 43,6 лет. Пациентам из данной группы были выполнены полноценные экстрафасциальные вмешательства из уменьшенных малотравматичных подвижных доступов по усовершенствованной методике без пересечения мышц шеи (кроме платизмы). При футлярно-фасциальном иссечении клетчатки шеи применяли оригинальный полуовальный разрез. Состояние послеоперационного рубца оценивалось через 6 мес. после операции по визуально-аналоговой шкале POSAS (Patient and observer scar assessment scale, 2005г.). Последняя состоит из двух функциональных частей и подразумевает определение состояния рубца врачом и пациентом по балльной системе. При этом, чем выше общий балл, тем хуже состояние рубца. Результаты и обсуждение: при анализе полученных результатов среднее значение длины разрезов во II группе оказалось достоверно меньше чем в I ($p < 0,05$). К тому же в случае выполнения футлярно-фасциального иссечения клетчатки шеи протяженность разреза была на 40% короче. У пациентов I группы в подгруппе I косметический эффект составил $24,68 \pm 3,34$ балла, во II – $33,79 \pm 5,28$, в III – $46,54 \pm 6,71$. Во II группе в I подгруппе косметический эффект соответствовал $18,76 \pm 4,59$ баллам, во II – $19,64 \pm 4,18$ и в III – $24,62 \pm 6,19$. Таким образом, косметический эффект в условиях меньшей травматичности вмешательства был достоверно лучше во II группе ($p < 0,05$) при всех видах оперативного пособия. При этом радикальность и безопасность хирургического вмешательства не пострадали. Вывод: при раке щитовидной железы с различной распространенностью патологического процесса возможно уменьшение травматичности и

улучшение косметического эффекта традиционного вмешательства без ухудшения прогноза заболевания путем использования усовершенствованного шейного доступа. Рекомендации: для уменьшения травматичности и улучшения косметического эффекта операции при раке щитовидной железы нет необходимости в дорогостоящих технологиях, для этого достаточно применять уменьшенные подвижные шейные доступы.

716. Совершенствование диагностики и хирургического лечения непаразитарных кист печени

*Хацко В.В., Шаталов А.Д., Фоминов В.М.,
Войтюк В.Н., Пархоменко А.В., Литвинова А.С.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность. В последние годы, в связи с широким применением современных лучевых методов исследования? значительно увеличилось количество больных с очаговыми образованиями печени (ООП). Непаразитарные кисты печени (НКП) составляют 5,3 – 11,8% от всех случаев доброкачественных ООП. До настоящего времени не разработан оптимальный диагностический алгоритм при этой патологии. Некоторые вопросы пункционно-дренажного, лапароскопического и лапаротомного оперативного лечения НКП являются дискуссионными. Всё это обуславливает актуальность этой проблемы. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 138 пациентов с НКП, которые лечились в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за последние 10 лет. Среди них было 102 (74,0%) женщины и 36 (26,0%) мужчин в возрасте от 19 до 78 лет. Размеры кист печени составляли от 4 до 18 см в диаметре. Локализация кист: в правой доле печени у 99 (71,7%) чел., в левой – у 39 (28,3%) чел. Все больные распределены на 3 группы: пункционное лечение – 63, лапароскопические операции – 45, лапаротомные операции – 30. В каждой группе выделены по 2 подгруппы: 1 – которые лечились по

модифицированным способам и 2 – которым выполнены стандартные операции. Усовершенствован диагностический алгоритм при НКП. Применяли следующие методы исследования (в различных сочетаниях): клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, лапароскопию, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого из кист печени. Использовали аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl STORZ» (Германия) для лапароскопии и вмешательств под её контролем. Полученные результаты. У 63 пациентов проведена пункция кисты под контролем УЗИ, аспирация содержимого, обработка эпителиальной выстилки этанолом, введение в полость кисты склерозирующего препарата. Если киста локализовалась в глубине паренхимы печени, применяли пункционный метод лечения. После такого лечения у 5 чел. наблюдались различные осложнения. Видеоэндоскопические операции выполнены в 45 случаях, в 28 из них применены модифицированные методики. В 2 случаях было незначительное жёлчеистечение из дренажа. В 30 случаях выполнены лапаротомные операции: удаление кист – 21, перицистэктомия – 6, фенестрация кисты, наружное дренирование – 2, резекция кисты, оментопексия – 1. После лапаротомных операций различные послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (20 %) больных. В 34 наблюдениях успешно применён разработанный в клинике «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент № 82354 от 27.07.2013 г.), в 28 – «Способ резекции паренхиматозного органа (патент №81922 от 10.07.2013 г.); в 18 - «Способ анатомической резекции паренхиматозного органа» (патент № 86324 от 25.12.2013 г.). Обсуждение. Модифицированный способ диагностики НКП предполагает на первом этапе применять не ультразвуковое исследование при размерах очагового образования менее 1 см, а компьютерную или магнитно-резонансную томографию. Малоинвазивные и модифицированные способы лечения позволили значительно улучшить результаты лечения. За последние 5 лет количество послеоперационных осложнений уменьшилось на 7,6%. От тромбоэмболии лёгочной артерии умер 1 пациент 76 лет. Выводы и рекомендации. Таким образом, применение разработанных в клинике модифицированных способов оперативного лечения позволило уменьшить число послеоперационных осложнений на 7,6% и увеличить количество хороших и удовлетворительных отдаленных результатов на

16,7%. При непаразитарных кистах печени операции целесообразно выполнять в специализированных гепатологических хирургических центрах.

717. Опыт применения эндовидеохирургических операций при лечении больных с опухолями желудка.

*Соловьёв И.А., Лычёв А.Б., Балюра О.В.,
Васильченко М.В., Дымников Д.А.*

Санкт-Петербург

ВМедА им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии

Актуальность. В последние годы сохраняется высокий уровень заболеваемости злокачественными опухолями желудка, тенденции к его снижению нет. Достаточно серьезный уровень лапароскопической подготовки команды хирургов, соблюдение основных принципов онкологического радикализма при условии хорошего материального оснащения позволяют выполнять лапароскопические вмешательства при опухолях желудка с хорошими отделенными результатами. Цель исследования. Изучить возможность применения лапароскопических операций при опухолях желудка. Материалы и методы. За 2014-2017 в клинике военно-морской хирургии ВМедА выполнено 27 лапароскопических и видеоассистированных операций при опухолях желудка: гастрэктомия, дистальная субтотальная резекция желудка, атипичная резекция желудка по поводу рака, лимфомы, GIST желудка. Средний возраст больных составил 56,7±6 г. По половому признаку распределение примерно одинаковое: женщин было 14, мужчин 13. Всего выполнено 12 гастрэктомий, 10 резекций желудка, 5 атипичных/краевых резекций желудка. Продолжительность операций оставила 210±18 мин. Средний объем интраоперационной кровопотери клинически незначим. Составил 85±10 мл. Использовали стандартный эндовидеохирургический комплекс, стандартное оборудование и инструменты, включая LigaSure и ультразвуковой диссектор. Соблюдались основные принципы онкологического радикализма, при раке проксимальных отделов желудка выполнялась

гастрэктомия, при дистальном раке — субтотальная резекция. Объем операции при GIST зависел от локализации и размера опухоли. Полученные результаты. Техника мобилизации желудка сопоставима с таковой при открытых операциях. Мобилизация желудка единым блоком с обоими салъниками и высокой перевязкой левой желудочной артерии, лимфодиссекция в объеме D-2. Эзофагоэнтероанастомоз формировали интракорпорально, либо циркулярным, либо линейным сшивающе-режущим аппаратом. При формировании межкишечного анастомоза использовали как интра-, так и экстракорпоральный шов. Выбор типа анастомозирования зависел от конкретной интраоперационной ситуации, либо предпочтения хирурга. Осложнения: Несостоятельности эзофаго-энтероанастомоза не было. У одного пациента развилась несостоятельность межкишечного анастомоза, потребовавшая реконструктивной операции. В одном случае повторная операция потребовалась по поводу острой спаечной непроходимости. В двух случаях поребовалась конверсия доступа из-за технических проблем при формировании эзофагоэнтероанастомоза циркулярным и линейным аппаратами. У одного пациента через 6 месяцев развилась стриктура эзофагоэнтероанастомоза, после бужирования проходимость в зоне анастомоза восстановлена. Остальные осложнения не связаны с техникой и объемом операции, на послеоперационный период не влияли. В группе больных после атипичной резекции желудка осложнений не было. Больные велись по программе ранней реабилитации, перевод в палату и активизация в ближайшем послеоперационном периоде, перевод на дневной стационар по стабилизации состояния. В целом послеоперационный период протекал более гладко, появление перистальтики и отхождение газов в 1-2-е сутки, прием жидкости разрешали на 3-5-е сутки, дренажи удаляли после рентгеноскопии с контрастом (5-е сутки). Обсуждение. Хорошие мануальный опыт и владение лапароскопической техникой, слаженная работа хирургической бригады позволяют довольно быстро освоить данные операции, сократить длительность операции. Положительные результаты связываем с отбором больных на лапароскопические операции. Это пациенты без либо с ожирением 1 ст включительно, с опухолями T1-3 стадии. Полученные нами осложнения связываем с недостаточной технической подготовкой к операции, недооценкой анатомических особенностей пациента, стремлением закончить операцию лапароскопически, что в некоторых

случаях недопустимо. Выполнение лапароскопических операций при опухолях желудка возможно при соблюдении ряда условий. Необходима команда подготовленных специалистов, имеющих большой опыт как в эндовидео-, так и в традиционной хирургии, онкологии. Требуется соответствующее материально-техническое оснащение операционной, электрохирургические инструменты для прецизионной техники и выполнения лимфодиссекции, циркулярные и линейные степлеры. Первые операции должны выполняться у тщательно подобранных больных, желательны без ожирения и с опухолями ранних стадий. Выводы и рекомендации. Несомненными преимуществами эндовидеохирургических вмешательств перед традиционными операциями являются — минимальные травматичность и кровопотеря, ранняя реабилитация и выписка пациентов. Наряду с этим использование современной аппаратуры позволяет детально визуализировать зону операции, выполнить адекватную лимфодиссекцию, что ставит в один ряд лапароскопические методики по онкологическим принципам с традиционными. Выполнение лапароскопических операций при опухолях желудка возможно после тщательного планирования, подготовки, отбора пациентов, в условиях соответствующего материально-технического оснащения.

718.Современные компьютерные программные технологии в диагностике степени тяжести острого панкреатита

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

Пермь

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

Актуальность. Ежегодная заболеваемость острым панкреатитом в мире составляет около 10-100 человек на 100 000 населения. В публикациях за последние 5 лет сообщается о росте заболеваемости острым панкреатитом в США, Японии и европейских странах. Авторы

подчеркивают гетерогенность смертности: от 0,3% при легком и до 80% при тяжелом панкреатите. Основная причина отсутствия ощутимого прогресса в лечении - недооценка степени тяжести заболевания на этапе поступления больного в стационар и несвоевременно выполненный объем диагностических и лечебных мероприятий. Цель работы. Создание высокотехнологичной скрининговой компьютерной программы, способной оценивать степень тяжести больного с острым панкреатитом. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 396 пациентов с острым панкреатитом, находившихся на лечении в ГАУЗ ПК ГКБ №4 в период с 2014 по 2016 гг. Гендерный состав: мужчин - 254(61,4 %), женщин – 142(35,9 %). Средний возраст 49±14,2 лет. В разработанной экспертной системе действие основывалось на информации, полученной из классификации Атланта(2012), Российских, Европейских национальных руководств, Российских стандартов оказания медицинской помощи при остром панкреатите, шкал Glasgow-Imrie(1984), Ranson(1974), BISAP(2008), SOFA, qSOFA, а также клинко-диагностическом потенциале среднестатистического приемного хирургического отделения. Острый панкреатит легкой степени тяжести наблюдался у 283(71,5%), средней степени тяжести – 19(4,8%), тяжелой степени – у 94(23,7%) пациентов. Оперативное лечение потребовалось 107(27,0%) больным, при этом открытое оперативное вмешательство выполнено в 12(11,2%) случаях, лапароскопическое в 60(56,1%), их комбинация в 16(15,0%). Число релапаротомий составило 6(5,6%) случаев, релапароскопий 5(4,7%). Общая летальность – 24(6,1%) случая, послеоперационная летальность – 18(16,8%). Результаты. На основании анализа истории болезни была создана база знаний для обучения программного комплекса. Программно-экспертная система создана с помощью кроссплатформенного фреймворка для разработки программного обеспечения на языке программирования C++ Qt. Применение экспертной системы диагностики степени тяжести острого панкреатита было протестировано на 44 больных с клиникой острого панкреатита. Лечение проводилось по действующим стандартам оказания помощи, а также учитывались рекомендации экспертной системы. Состояние больных отслеживалось в течение первых 48 часов, далее до купирования полиорганной недостаточности или летального исхода. Проспективно у 15(34%) пациентов результат программно-экспертной системы указывал на тяжелую степень острого панкреатита,

что не совпало с первичной диагностикой. Программно-экспертная система продемонстрировала точность до 91% при определении тяжелого острого панкреатита и 4,5% сигналов ложного срабатывания. На основании проведенного исследования получено свидетельство на программный продукт № 2017617070 от 23.06.17г. Выводы. Таким образом, скрининговое применение компьютерных программных технологий позволяет с более высокой точностью объективизировать дифференцировку острого панкреатита по степеням тяжести для своевременного и адекватного комплексного лечения.

719. Сравнительный анализ пластик дефекта тазового дна после комбинированных и расширенных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки

Соловьев И.А., Васильченко М.В., Кошелев Т.Е., Балюра О.В., Лычев А.Б., Колунов А.В.

Санкт-Петербург

ВМедА им. С.М. Кирова кафедра военно-морской хирургии

Актуальность. В настоящее время среди хирургов нет стандартных показаний к выполнению пластики образовавшегося дефекта тазового дна после расширенных и комбинированных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки у больных местнораспространенным раком органов малого таза. Выбор вида пластики в основном определяется предпочтением оперирующего хирурга. Цель исследования. Провести сравнительный анализ различных пластик дефекта тазового дна после комбинированных и расширенных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки. Материалы и методы. 1 группу составили больные, которым выполнялась пластика дефекта тазового дна со стороны промежностной раны большой ягодичной мышцей или сетчатым трансплантатом (36 больных); 2 группу – пластика тазовой брюшины (43 пациента); 3 группу – простая пластика (ушивание кожной раны промежности, 39 больных). Результаты исследования. Послеоперационные осложнения в

раннем послеоперационном периоде в области промежностной раны имели место во всех исследуемых группах и наибольшее их количество наблюдалось у больных после простой пластики промежностной раны – 61,5% больных, в то время как при пластике дефекта тазового дна большой ягодичной мышцей и сеткой – у 27,7%, пластики тазовой брюшины – у 20,9%. Все послеоперационные осложнения со стороны промежностной раны по степени тяжести согласно шкале Clavien-Dindo соответствовали II–IIIВ степени, при этом наиболее сложные из них (IIIВ) в первой группе исследования наблюдались у 40,0% больных, во второй – у 33,4% и в третьей – у 38,5%. Острая спаечная кишечная непроходимость (7,7% случаев), эвентрация через промежностную рану тонкой кишки (5,1%) и промежностные грыжи (12,8%) развивались у больных, которым выполнялась простая пластика. Основной причиной развития этих осложнений являлось наличие неотграниченной «пустой» полости малого таза от брюшной полости и отсутствие пластики дефекта мышц тазового дна. Выводы и рекомендации. После расширенных и комбинированных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки у больных местнораспространенным раком органов малого таза необходимо выполнять реконструктивно-восстановительный этап, направленный на устранение дефекта тазового дна. Он может выполняться как со стороны промежностной раны (большой ягодичной мышцей или сеткой с антиадгезивным покрытием), так и брюшной полости (пластика тазовой брюшины). Целесообразность выполнения простой пластики ставится под сомнение во всех случаях лечения больных МРРОМТ из-за большого количества послеоперационных осложнений со стороны промежностной раны. Она может применяться у больных старшей возрастной группы с тяжелой сопутствующей общетерапевтической патологией и при тяжелой интраоперационной кровопотере, когда необходимо ускоренное завершение операции.

720. Дифференцированный подход к выбору тактики лапароскопической холецистэктомии у пациентов с неблагоприятным коморбидным фоном

Абрамянц М.Х.(1), Дегтярев О.Л.(1), Лагеза А.Б.(1), Турбин М.В.(2), Красенков Ю.В.(1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ, 2) МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону

Цель исследования: повышение эффективности лапароскопических операций путём определения объективного метода выбора оперативного вмешательства – лапароскопия в условиях напряженного карбоксиперитонеума или лапароскопия с лапаролифтингом. Материалы и методы: В исследование вошло 269 больных с диагнозом желчнокаменная болезнь. Группа ретроспективного анализа включает 195 пациентов, основная – 74. У 195 пациентов, перенёвших лапароскопические холецистэктомии, (1 группа), на основании анализа данных медицинской документации, определено влияние: заболеваний сердечно-сосудистой системы, заболеваний дыхательной системы, возрастной группы, при индексе массы тела более 30 кг/м², оценки SAPS?4 баллов на снижение основных показателей деятельности сердца и внешнего дыхания. Во 2 группе был использован алгоритм дооперационного клиничко-инструментального обследования, включающий медику псевдоабдоминальной компрессии (ПАК) и доступные большинству лечебных учреждений стандартные функциональные методы исследования «Способ определения показаний для лапароскопических операций в условиях карбоксиперитонеума и лапаролифтинга». Для определения влияния повышенного внутрибрюшного давления на функции сердечно-сосудистой системы у пациентов 1 группы, интраоперационно, в условиях карбоксиперитонеума; у пациентов 2 группы, амбулаторно, при ПАК, и интраоперационно, эхокардиографом Acuson 128 XR/10, были изучены показатели функции правого и левого желудочков (КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, фракция выброса ЛЖ, пиковая скорость кровотока на клапане ЛА). Устройство для ПАК состояло из плотного абдоминального бандажа с прикрепленной пневматической манжетой портативного манометра для измерения артериального давления. ПАК при давлении 12-14

мм.рт.ст. проводили в положении лежа на жесткой кушетке при температуре комфорта в течении 60 мин. Выполнен статистический анализ результатов исследования методом малых групп. Результаты: ПАК способствовала увеличению выявления числа пациентов с умеренным снижением показателей деятельности сердца до 52,7% во 2 группе, до 12,8% в 1 группе, что может быть связано с отсутствием эффектов общей анестезии и миорелаксации. Не было снижения показателей деятельности сердца у 63,1% пациентов 2 группы, что демонстрирует высокую эффективность ПАК в качестве «нагрузочного» компонента функциональных проб. Показатели внешнего дыхания при ПАК умеренно снизились у 58,1% пациентов 2 группы, тогда как при карбоксиперитонеуме аналогичное снижение данных показателей установлено у 18,5%, при ПАК количество пациентов без снижения показателей внешнего дыхания уменьшается вдвое, соответственно в 1 группе – 81,5%, во 2 группе – 40,5%. У 40% (78 из 195) пациентов 1 группы, перенесших ЛСХЭ в условиях НКП, повышенное внутрибрюшное давление вызвало снижение основных показателей деятельности сердца и внешнего дыхания. Выраженность негативных изменений в данных показателях варьировала от легкого снижения функции сердца у 16,9% (33 из 195) до умеренного снижения функций сердца и внешнего дыхания у 8,2% (16 пациентов из 195) Полученные в ходе исследования результаты показали целесообразность и эффективность метода, который заключается не только в снижении количества послеоперационных осложнений, но и быстрой реабилитации пациентов после операции. Выводы: Использование запатентованного «Способа определения показаний для лапароскопических операций в условиях карбоксиперитонеума и лапаролифтинга» расширяет показания для лапароскопических холецистэктомий у пациентов неблагоприятным коморбидным фоном вне обострения, многократно расширяет возможности выполнения симультанных операций. Клиническая апробация «Способа определения показаний для лапароскопических операций в условиях карбоксиперитонеума и лапаролифтинга» продемонстрировала эффективность лечения пациентов неблагоприятным коморбидным фоном. Способ, на основании объективных критериев, регламентирует выбор наиболее безопасной для пациента методики оперативного вмешательства.

721. Синдром отключенной кишки и его коррекция в эксперименте

Аникин С.В., Яновой В.В., Целуйко С.С., Григорьев Д.А.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
Россия

Актуальность. После восстановления непрерывности дистальных отделов толстой кишки после ранее наложенной колостомы развивается т.н. «колит отключенной толстой кишки» (КОТК), который развивается у 70% стомированных пациентов. По литературным данным, в случае развития данного синдрома отмечается снижение максимально переносимого объема содержимого отключенной прямой кишки с 157 до 87 мл через 3 мес после выключения при длине культы до 22 см, что связано с наличием процессов инволюции отключенных отделов толстой кишки. Это, в свою очередь, приводит к ухудшению функции кишечника после восстановительной операции и, как следствие, к ухудшению качества жизни оперированных. Возможна коррекция данного воспалительного механизма КОТК путем применения различных по своей природе и механизму действия препаратов. Цель – улучшить качество жизни пациентов после реконструктивно-восстановительной операции по устранению колостомы. Материалы и методы. Предложен способ (патент на изобретение №2544340 от 20.02.2014) с использованием раствора антиоксиданта растительного происхождения дигидрокверцетина (ДГК). ДГК обладает противовоспалительным, антиоксидантным, ранозаживляющим, противоопухолевым эффектом. Способ заключается в следующем: в составе стандартного лечения пациентов, оперированных на толстой кишке с формированием временной колостомы, назначают инстилляцию в прямую кишку 0,5% раствора дигидрокверцетина до появления чувства наполнения дважды в день ежедневно до реконструктивно-восстановительной операции. Данный способ был апробирован экспериментально. Дизайн исследования. Использованы крысы лабораторные белые в количестве 60 штук обоих полов. Все крысы оперированы под тиопенталовым наркозом в объеме наложения двустольной колостомы. Основная группа включала 20 особей, которым проводилась профилактика КОТК описанным

способом. Контрольная группа включала 20 особей, которым проводилась профилактика КОТК путем инстилляций настоя ромашки по аналогичной схеме. Третья группа (контроль 2) 20 особей, которым не проводились профилактические манипуляции. Проводили забой через 3 и 6 мес с последующим гистологическим исследованием полученного материала на тонких и ультратонких препаратах. Результаты и их обсуждение. Макроскопически установлено, что отсутствие проведения профилактики КОТК приводит к инволюции отключенной кишки – она представляет собой тяж плотной консистенции, не расправляющийся при промывании раствором. В контрольной и основной группе макроскопически имело место достоверное различие в размере отключенной кишки в сравнении с животными без профилактики КОТК (контроль-2). При этом у крыс основной группы отмечена сохранность эластичности кишки при наполнении ее раствором, ее размеры в пустом и наполненном состоянии достоверно не отличались от нормальных величин. При гистологическом исследовании установлены различной степени выраженности дегенеративно-дистрофические и воспалительные изменения в контрольной и контроль-2 группах. Однако, в основной группе отмечается сохранение размеров и структуры стенки кишки, клеточный состав кишечной крипты, отсутствие признаков дегенерации. Выводы – выполненная экспериментальная работа указывает на перспективность дальнейшего изучения эффективности ДГК в комплексной терапии КОТК.

722. Возможности применения мультимодальной программы быстрой реабилитации в неотложной хирургии осложненного колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста

Сизоненко Н.А. (1), Суров Д.А. (1), Соловьев И.А. (1), Демко А.Е. (1,2), Мартынова Г.В. (2), Безмозгин Б.Г. (2)

Санкт-Петербург

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

Цель. Изучить возможность применения и эффективность концепции ускоренного восстановления после операции (ERAS) в хирургическом лечении больных пожилого и старческого возраста с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН) опухолевого генеза. Материалы и методы. В исследование были включены 65 больных в возрасте 61-90 лет. Критерии исключения: распространённый перитонит, множественная органная дисфункция, сочетанные осложнения опухоли. Группу ускоренного выздоровления (ERAS-группа) составил 31 пациент (средний возраст 75 лет), у 34 пациентов контрольной группы (средний возраст 73,5 года) применялась традиционная хирургическая тактика. В лечении пациентов ERAS-группы применялась оригинальная периоперационная программа, разработанная на основе соответствующих клинических рекомендаций, принятых в 2016 году на XIX съезде Общества эндоскопических хирургов России. Инновационная составляющая предложенной программы включала местную анестезию кожи по линии лапаротомного доступа, декомпрессию толстой и тонкой (по показаниям) кишок, лаваж тонкой кишки, эмбриологически-обоснованную оперативную хирургию, временную установку полиуретанового зонда для раннего энтерального питания, катетеризацию влагалищ прямых мышц живота с целью послеоперационного обезболивания. В качестве критериев сравнительной оценки изучали интенсивность болевого синдрома (цифровая рейтинговая шкала) и особенности его купирования, динамику энтеральной недостаточности, частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов, длительность послеоперационного

периода, качество жизни на 15 и 30 сутки после выписки из стационара (опросник MOS SF-36 и шкала Бартела). Результаты оценки болевого синдрома и длительности послеоперационного периода представлены в виде медианы (Me) (квартиль 1 (Q1); квартиль 3 (Q3)). Результаты. У больных ERAS-группы послеоперационный болевой синдром составил 4 (3,25; 4,0) балла в первые сутки с постепенным регрессом до 1 (1,0; 2,0) балла к четвертым суткам. Необходимости в применении наркотических анальгетиков не было. У 26 (84%) пациентов отсутствовала тошнота и рвота, что позволило начать раннее пероральное питание в течение 24-36 часов после операции. Появление шумов кишечной перистальтики отмечалось в течение 12-24 часов, отхождение газов спустя 24-36 часов и стула – до 48 часов после операции. В то же время у больных контрольной группы в раннем послеоперационном периоде болевой синдром составил 6 (5,0; 6,5) баллов, что потребовало применения опиоидных анальгетиков у 14 (41%) пациентов в первые двое суток. У 25 (74%) больных наблюдалась тошнота и рвота в течение первых 2-3 суток после операции, при этом явления послеоперационного пареза кишечника были устранены к 4-5 суткам. Следует обратить внимание на очевидную взаимосвязь продолжительности послеоперационного периода от наличия/отсутствия послеоперационных осложнений. У пациентов ERAS-группы общий показатель составил 9 (7;12,5) суток; в случае отсутствия осложнений (n=24) – 8 (6;11) суток, при наличии осложнений I-IIIa степени по классификации Clavien-Dindo (n=5) – 17 (13,5;24,25) и IIIb-V степени (n=2) – 37 (21;40) суток, соответственно. В то же время у пациентов контрольной группы общая продолжительность послеоперационного периода составила 14,5 (11;19,5) суток; в случае отсутствия осложнений (n=21) – 12 (10;14) суток, при наличии осложнений I-IIIa степени по классификации Clavien-Dindo (n=8) – 24,5 (18,75;44,75) суток и IIIb-V степени (n=5) – 33 (17,5;45) суток, соответственно. Летальность в группе ускоренного выздоровления составила 12% (n=4), в контрольной группе – 26,4% (n=9). Показатели качества жизни пациентов контрольной группы оказались снижены, преимущественно за счет замедленного восстановления способности к самообслуживанию, боли, эмоционального и социального функционирования. Выводы. Применение концепции ERAS является эффективным путем улучшения непосредственных результатов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острой ОТКН опухолевого генеза.

723. Некоторые особенности лечебно-диагностической тактики при проникающих ранениях груди

*Колкин Я. Г., Вегнер Д. В., Хацко В. В.,
Дудин А. М., Филахтов Д. П.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Клиника хирургии им. К. Т. Овнатаняна

Актуальность. В течение нескольких последних лет отмечается неуклонный рост числа пострадавших с ранениями груди, что в свою очередь обусловлено сложившейся в Донбассе ситуацией. Цель работы. Оптимизация лечебной тактики при проникающих ранениях груди. Материал и методы. Настоящее исследование, основано на опыте изучения 597 пациентов с проникающими ранениями грудной клетки, которые находились на лечении в клинике хирургии им. К. Т. Овнатаняна, за период с 2009г по 2017г. Результаты и обсуждение. Большинство пострадавших (47,1 %) поступило в тяжелом состоянии, в состоянии средней тяжести госпитализировано 19,2 % пациентов, в терминальном – 21,4 %, в состоянии клинической смерти – 12,3 %. У большинства пострадавших неглубокие и необширные дефекты паренхимы лёгкого были устранены малоинвазивными оперативными средствами (видеоторакоскопия, видеоассистированная торакотомия и др.). Стандартная торакотомия понадобилась только 88 из 597 оперированных пациентов с повреждением лёгких. Двум пациентам было выполнено ушивание травматических дефектов трахеи, еще у троих – ушивание ран главных бронхов. Ранения сердца определяют безусловные показания к неотложной торакотомии, что позволяет форсировать время и взять ситуацию под контроль. Пребывание пациента в состоянии клинической смерти не должна быть препятствием к неотложной торакотомии, поскольку своевременно проведенная "операция - реанимация" может вернуть пострадавшего к жизни. Оперативное лечение проведено у 44 пациентов, госпитализированных в клинику с ранением сердца. Состояние клинической смерти, как при доставке пациентов в клинику, так и в процессе операции, наблюдалось у 11 пациентов. Положительный результат реанимационных мероприятий получен у 7 пострадавших. Летальный исход отмечен у 4 пациентов. Выводы. Проникающие ранения груди являются весьма

тяжелым видом повреждений и сопровождаются большим количеством осложнений, нередко приводящих к гибели пациентов. Своевременная доставка пострадавших и неотложно выполненное хирургическое вмешательство, является залогом благоприятного исхода. Торакотомия у пациентов с ранениями сердца должно выполняться без пролонгации на дополнительные исследования и предоперационную подготовку.

724. Использование интегральных прогностических шкал в оценке риска рецидива острых неварикозных гастродуоденальных кровотечений

*Репин И.Г. (1), Брехов Е.И. (1),
Владыкин А.Л.(2), Репин Д.И. (1,2)*

Москва

1) ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия" Управления делами Президента РФ
2) ФГБУ "Клиническая больница № 1" Управления делами Президента РФ

Актуальность. Лечение острых гастродуоденальных кровотечений уже более века является объектом пристального внимания и напряженного изучения как грандов хирургической мысли, так и широкого круга врачей, ежедневно принимающих решения по поводу экстренной абдоминальной патологии. Несмотря на появление современных методик диагностики и лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта летальность составляет от 5% до 10%. Одним из основных вопросов в лечении острых неварикозных гастродуоденальных кровотечений (ОНГДК) является определение риска рецидива кровотечения. На сегодняшний день разработано множество интегральных оценочных шкал таких как (Blatchford, APACHE2 и 3, Rockall, Has-Bled, Baylor). Наиболее используемыми в настоящее время в мировой клинической практике являются шкалы Rockall и Blatchford, последняя используется в модификации Glasgow- Blatchford Score (GBS). Целью исследования являлось определение возможности использования интегральных прогностических шкал (ИПШ) Rockall и GBS в лечении пациентов с ОНГДК
Задача исследования:

определить валидность шкал Rockall и GBS в условиях современного многопрофильного стационара. Выполнено проспективное исследование, в которое включены 100 пациентов в возрасте от 19 до 94 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: высокого среднего и минимального риска. В 1 группу (от 0 до 2 баллов) вошло 46 пациентов (мужчин 31, женщин 14, возраст от 14 до 76 лет, средний возраст 44,23), во вторую (3-7 баллов) - 44 (мужчин 25, женщин 19, от 26 до 94 лет, средний возраст 66,0), в третью (8-12 баллов) – 10 (мужчин 4, женщин 6, от 60 до 86 лет, средний возраст 85,0). По шкале GBS пациенты были разделены на 2 группы низкого и высокого риска. В первую группу (0-5 баллов) вошло 45 пациентов (женщин 22, мужчин 23, в возрасте от 19 до 88, средний возраст 45,24), во вторую группу (?6 баллов) - 55 пациентов (16 женщин, 39 мужчин, от 30 до 94, средний возраст 67,03). В зависимости от показателей ИПШ пациенты госпитализировались в отделение стационарной скорой медицинской помощи (СО СМП), хирургическое отделение или отделение реанимации. Результаты: из первой группы по шкале Rockall ни в одном случае не отмечено рецидива кровотечения, не было показаний к оперативному лечению. Во второй группе отмечено 8 случаев рецидива, 7 пациентам понадобилось оперативное лечение, эндогемостаз выполнялся у 13, умерло 2. В третьей группе рецидив отмечен у 2 пациентов, оперативное лечение выполнено одной пациентке, летальный исход отмечен у 3, эндогемостаз выполнялся 7 пациентам. В первой группе по шкале GBS отмечен один эпизод рецидива кровотечения, 3 пациентам выполнялся эндогемостаз, летальных исходов не было. Во второй группе по GBS, отмечено 9 эпизодов рецидива кровотечения, оперативное лечение понадобилось 8 пациентам, эндогемостаз выполнялся 20 пациентам, было 5 летальных исходов. Выводы: 1. Интегральные прогностические шкалы Rockall и GBS с достаточно достоверным результатом могут быть использованы для оценки вероятности рецидива кровотечения на этапе поступления пациента в стационар. 2. Пациенты отнесенные в группы низкого риска как по шкале Rockall, так и по шкале GBS, не нуждаются в госпитализации в хирургическое отделение, и могут проходить дальнейшее лечение в отделениях терапии и гастроэнтерологии, а так же в стационарном отделении скорой медицинской помощи с последующим переводом на амбулаторное лечение. 3. Пациентам группы высокого риска по шкале Rockall и GBS показана госпитализация в отделение реанимации, динамическое наблюдение, ЭГДС контроль. Риск

рецидива высок. Решение о необходимости экстренной или отсроченной операции принимается консилиумом в каждом конкретном случае

725. Тактика лечения гнойно-некротических осложнений огнестрельных ранениях конечностей

Зубрицкий В.Ф., Земляной А.Б., Колтович А.П., Матвеев Д.А., Кандобаев В.В. Майоров А.В., Солёный Г.П., Таубаев Б.М., Фитилев Д.Б.

Москва

ФКУЗ «ГКГ МВД России»

Введение Лечение раненых и пострадавших с тяжелыми травмами нижних конечностей остается сложной задачей, а при возникших гнойных осложнениях нередко превращается в трудно решаемую проблему. Трудности в тактике лечения раненых с огнестрельными травмами нижних конечностей послужили основанием к проведению настоящей работы. Материалы и методы За период 2010-2017 гг. в отделении гнойной хирургии ГКГ МВД РФ на лечении находилось 70 раненых с гнойными осложнениями, доставленных авиатранспортом в сроки от 3 до 29 суток от момента ранения. Из них с гнойно-некротическими осложнениями ранений мягких тканей было – 65,7%, с огнестрельным остеомиелитом длинных трубчатых костей – 34,3%. Реализована тактика специализированной хирургической помощи, направленной на максимально возможное сохранение сегментов конечности. В случае огнестрельных переломов конечность фиксировалась в аппарате внешней фиксации. При наличии больших дефектов мягких тканей с «оголением» кости предпринята тактика раннего закрытия обнаженных костных фрагментов мягкими тканями для предотвращения развития остеомиелита (мышечным или кожно-фасциальным лоскутом). Это в 25,7% случаях позволило исключить адаптационные резекции длинных трубчатых костей с укорочением абсолютной длины конечности. Замещение мягко-тканых дефектов осуществлялось с использованием различных вариантов кожной пластики: свободная или

лоскутная пластика на питающей ножке (особенно в области крупных суставов). В ходе реконструктивных пластических и ортопедических операций реализовывался принцип ранней реабилитации для восстановления утраченной функции конечностей с целью возвращения раненных в строй в оптимальные сроки с минимальной потерей боеспособности и трудоспособности. В первой фазе раневого процесса применяли VAC-аппараты «Suprasorb». Во второй фазе использовали гидрогелевые, гидроколлоидные и адсорбирующие повязки. После хирургической санации ран 55,7% раненым проведен курс ГБО, что позволило добиться изолирования зоны вторичного некроза мягких тканей, улучшения микроциркуляции в ране с последующим пластическим закрытием. В одном случае при наличии дефекта мягких тканей на голени (15x8 см и дефектом костей голени 8 см) в с/з выполнили пластику торакодorzальным лоскутом с сосудистыми анастомозами. У 5 раненых с огнестрельными переломами длинных трубчатых костей после санации гнойных очагов и заживления ран чрескостный остеосинтез был заменен на внутренний остеосинтез (пластиной или блокируемым штифтом). Переломы консолидировались, осложнений не отмечено. Результаты После завершения лечения 78,57% раненых выписаны в удовлетворительном состоянии по месту жительства без утраты трудоспособности. У 12,8% установлены признаки частичной утраты трудоспособности, что потребовало повторной госпитализации для выполнения этапных реконструктивных операций и реабилитации. В 11,4% наступила стойкая утрата трудоспособности. Выводы Наиболее тяжёлые гнойные осложнения отмечены при сочетанных и комбинированных огнестрельных ранениях с обширным повреждением мягких тканей с многооскольчатым характером переломов. Сокращение этапов эвакуации и раннее оказание специализированной хирургической помощи в полном объёме способствовали значительному сокращению риска развития гнойных осложнений. Активная хирургическая тактика с учетом особенностей раневого процесса и своевременное выполнение повторных хирургических обработок позволяло сократить период гнойных осложнений травматической болезни. В последующем это позволило выполнять этапные ранние реконструктивные и пластические операции с хорошим функциональным результатом.

726. Робот-ассистированные операции у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы

Ветшев Ф.П., Осминин С.В., Хоробрых Т.В., Чесарев А.А.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. В 2000 году был представлен роботизированный хирургический комплекс (РХК) «da Vinci», и в том же году была выполнена первая робот-ассистированная фундопликация (RAF – robot-assisted fundoplication) Nissen. В настоящее время в мире накоплен небольшой опыт применения РХК в лечении пациентов с рефлюкс-эзофагитом (РЭ) и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), однако число ежегодно выполняемых операций увеличивается. В настоящее время остается дискуссионным вопрос целесообразности применения РХК у больных с ГПОД и РЭ, ввиду малого числа проведенных исследований и полученных противоречивых результатов. Материалы и методы. С 2015 года 23 больным (10 женщин и 13 мужчин) проведены робот-ассистированные (daVinci Si) операции по поводу РЭ и ГПОД. Средний возраст больных был $51 \pm 6,7$ год. При эндоскопическом исследовании у 12 больных диагностировали РЭ средней степени тяжести, у 6 – эрозивно-язвенный и у 4 – пищевод Барретта. Кардиальную ГПОД выявили у 6 пациентов, кардиофундальную – у 11, субтотальную – у 5, тотальную – у 1 (по классификации Б.В. Петровского, 1965 г.). Впервые нами была адаптирована и внедрена для выполнения на РХК фундопликация по методике А.Ф. Черноусова (формирование полной симметричной манжетки с фиксацией ее верхушки к пищеводу в 4 точки). Набор инструментов включал: ультразвуковые гармонические ножницы (Harmonic ACE® Curved Shears) или монополярный крючок (Permanent Cautery Hook), биполярный зажим (Fenestrated Bipolar Forceps), два иглодержателя (Large Needle Driver). Расположение больного на операционном столе, расстановка троакаров и этапы операции были аналогичны лапароскопическим антирефлюксным вмешательствам. Результаты. Всем 23 больным выполнили фундопликацию в модификации А.Ф. Черноусова. Ни в одном из наблюдений не было конверсии доступа. Среднее время операции без учета докинга РХК составило 84 ± 16 минут. У 17 больных с расширением ПОД более 6 см выполнили заднюю круорографию, 5

пациентам с сопутствующей желчнокаменной болезнью симультанно провели холецистэктомию и 1 больному язвенной болезнью ДПК – селективную проксимальную ваготомию. Всем пациентам с кардиофундальными и гигантскими ГПОД иссекали грыжевой мешок. Обсуждение. Обладая опытом более 260 лапароскопических антирефлюксных операций нами был проведен их сравнительный анализ с робот-ассистированными вмешательствами. Первые 6 больных были оперированы с кардиальной ГПОД и РЭ средней степени тяжести. Анализ технических параметров и клинических результатов этих операций позволили сделать вывод, что использование РХК при кардиальных ГПОД не целесообразно, поскольку отсутствуют преимущества перед лапароскопической методикой, а отдаленные результаты сопоставимы. Основные преимущества РХК предоставляет в ограниченном анатомическом пространстве (заднем средостении), позволяя успешно применять его у больных с кардиофундальными и гигантскими грыжами ПОД, укорочением пищевода – когда необходимо прецизионное иссечение грыжевого мешка и мобилизация пищевода (17 больных). Более длинные и изгибаемые инструменты (EndoWrist) с увеличенным 3D изображением высокой четкости позволили проводить прецизионную диссекцию тканей без повреждения медиастинальной плевры, перикарда и блуждающих нервов, даже у больных (7) с повышенным ИМТ (>35). Отмечена быстрота и легкость наложения интракорпоральных швов при формировании антирефлюксной манжетки и крурорафии благодаря технологии EndoWrist по сравнению с лапароскопическими операциями. Также выявлена более низкая частота интра- и послеоперационных осложнений при использовании РХК, и уменьшение срока госпитализации ($p < 0,05$). При изучении качества жизни статистической разницы по сравнению с больными оперированными лапароскопически получено не было. Выводы и рекомендации. Выполнение робот-ассистированных операций целесообразно и оправдано у больных с кардиофундальными и гигантскими ГПОД.

727. Компьютерная томография с 3D-волюметрией у пациентов с J-образным тонкокишечным резервуаром

*Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.,
Зельтер П.М., Крамм Е.К.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Больные перенесшие колопроктэктомию с формированием тонкокишечного резервуара (ТР) и илео-ректального анастомоза по поводу тяжелых форм тотального язвенного колита (ЯК) нуждаются в объективных и малоинвазивных методах обследования созданных резервуарных конструкций. Учитывая большое число послеоперационных осложнений, эти исследования необходимы перед включением ТР в пассаж по кишечнику. Существующие методы определения формы, объема и расположения ТР в полости малого таза являются высокотратными (МРТ) или недостаточно информативными (видеорезервуароскопия). Цель исследования. Оценить диагностические возможности и улучшить визуализацию ТР для оценки его функционального состояния и выявления осложнений перед закрытием превентивной илеостомы. Материалы и методы. Под нашим наблюдением в период 2012-2017 гг. находилось 15 пациентов с J-образными ТР после колопроктэктомии по поводу ЯК. Одномоментное формирование резервуара было выполнено 12 пациентам, отсроченное формирование резервуара – 3 пациентам. Мужчин – 7, женщин – 8. Средний возраст 35±2,3 лет. Показанием к первичной реконструктивной колопроктэктомии послужила неэффективность консервативного лечения у больных резистентными формами тотального ЯК. Все операции выполнены в плановом порядке. У 8 пациентов с тяжелой атакой ЯК и неэффективностью консервативной терапии, включая гормональную и иммуносупрессивную терапию, по срочным показаниям выполнена колэктомия с оставлением части прямой кишки. Прямая кишка пересекалась на уровне мыса крестца аппаратом ТА 60, культя ее погружалась под брюшину малого таза. На 5-7 дней проводилась трансанальное дренирование культи прямой кишки для профилактики несостоятельности швов. Формирование отсроченного ТР выполнено 3 пациентам через 3-4 месяца после колэктомии. Формирование ТР в обязательном порядке

завершались выведением двустольной илеостомы по Торнболлу. Восстановление пассажа кишечного содержимого в сроки от 2 до 4 месяцев выполнено 9 (60%) больным. Для улучшения визуализации сформированного ТР предложена КТ-резервуарография с 3D реконструкцией с использованием программы «Автоплан». Полученные результаты. Исследование выполнено 5 больным с первичным ТР на 32-срезовом томографе Toshiba Aquillion (Япония). После выполнения нативного сканирования в положении лежа в каудокраниальном направлении, ТР заполнен водорастворимым контрастом (Омнипак 350 в разведении 1:10) в объеме 150 мл до появления контрастного вещества в калоприемнике. Далее выполнялось сканирование брюшной полости в нативном режиме, в положении на спине, в каудокраниальном направлении с задержкой дыхания, при напряжении на трубке 120 кВ, сила тока рассчитывалась автоматически в зависимости от веса пациента. Полученная серия мультипланарных изображений загружалась в систему «Автоплан», где с помощью пороговой обработки формировалась полигональная 3D-модель контрастного вещества – внутреннего слепка резервуара. Объем резервуара рассчитывался автоматически с помощью инструмента «Свойства сегментации». Объем резервуара составил в среднем 135±10 мл. При этом исследовании исключается часть контрастного вещества, вышедшая за пределы ТР в приводящий отдел тонкой кишки до илеостомы. У обследованных пациентов затеков за пределы ТР и илео-ректального анастомоза не выявлено. Полученная 3D модель позволила увидеть сформированный ТР, оценить его расположение по отношению к костным структурам малого таза, рубцово-воспалительные изменения в области запирательного аппарата прямой кишки. Выводы. Преимуществами методики КТ с 3D-волюметрией, наряду с 3D визуализацией сформированного ТР, является определение его объема, что позволяет косвенно оценить функциональные возможности оперированного пациента.

728. Анализ использования различных способов хирургического лечения при распространенном гнойном перитоните

*Потехин К.В.(1), Лецишин Я.М.(2),
Баранов А. И.(3).*

Новокузнецк

- 1) НГКБ №22
- 2) НГКБ №1
- 3) НГИУВ филиал РМАНПО

Актуальность: Перитонит остается одним из самых частых и грозных осложнений в абдоминальной хирургии [1, 2, 3]. Летальность не имеет тенденции к снижению и достигает 70% [4, 5]. Материалы и методы: Проведен анализ медицинских карт пациентов с диагнозом «Распространенный гнойный перитонит» за период с 2013 по 2015 гг. Критерии включения: диагностированный на первичной операции перитонит, источник которого воспалительные процессы ЖКТ и органов малого таза. Критерии исключения: панкреонекрозы; закрытые травмы живота; цирроз печени класс «С»; канцероматоз; иммунокомпрометированные пациенты, диссеминированный туберкулез; ХПН на гемодиализе; тотальный мезентериальный тромбоз. Проведен анализ по шкалам SAPSII, SOFA, MODS, MPI и ИБП, анализ хирургической тактики – лапаростомия или релапаротомия по плану или по требованию. Результаты и обсуждение: Отобран 101 случай Пол 48-мужчин и 53 женщины. Медиана возраста – 63 года. По MPI, выборка разделена на 3 подгруппы: 1 - 20 пациентов с Me -16,5; 2 – 57 с Me -25; 3– 24 человек с Me -32. 1 подгруппа ИБП – Me -10; во 2 –10; в 3 - 13. Лапаростома была применена в 34 случаях (33,6%). 1 п/гр - в 2 (10%), 2 п/гр – 18 (31,6%), 3 п/гр - 14 (58,3%). В 1п/гр при перфоративных язвах. Во 2 подгруппе – при перфорациях полых органов неонкологического характера. В 3 подгруппе преобладали онкологические осложненные процессы толстой кишки. В 1 п/гр по результатам анализа показания для лапаростомы были завышены, методикой выбора - лапаротомия по требованию. Большой интерес представляют 2 и 3 п/гр. Среднестатистический пациент 2 и 3 подгруппы выглядят так. Пациент 2 п/гр около 60 лет с компенсированной сопутствующей патологией, либо признаки декомпенсации по 1 из систем органов, тяжесть состояния пациента не превышает 32-35 б. по SAPSII, и 4 б. по SOFA, источник перитонита служат воспалительно-деструктивные

процессы органов ЖКТ, неонкологического характера. Пациент 3 п/гр старше 60 лет, с декомпенсированной сопутствующей патологией, более 35-40 б. по SAPSII, и 4 б. по SOFA, источник перитонита - воспалительно-деструктивные процессы толстой кишки, онкологического характера. Во 2 п/гр методика открытого ведения брюшной полости применялась у 18 пациентов. 3 больных умерли в 1-е трое суток после госпитализации не дожив до очередной санации. У 10 выполнены 2 санации. В 4х случаях потребовалось выполнение 3х санаций, в 1ом случае брюшная полость была закрыта после пяти санаций. 2 пациентам выполнена релапаротомия по требованию, которая запоздала и пациенты погибли от полиорганной недостаточности. В 3 п/гр лапаростома применена в 14 случаях, из которых в 2-х отмечено выздоровление, а в 12 случаях смерть. Надо отметить, что 7 пациентов умерли в первые пять суток с момента поступления. В 4х случаях больным выполнена первичная операция, наложение лапаростомы и до второй санации больные не дожили, двоим больным выполнено 2 санации и пациенты умерли не дожив до 3-ей санации, 5- м больным выполнено закрытие брюшной полости после 2х санаций, у трех больных после 3х санаций. Выводы: 1. Наиболее тяжелую группу пациентов составили пожилые пациенты с опухолями толстой кишки, сопровождающиеся высокой смертностью в первые 5 суток. 2. Количество оперированных с опухолями ЖКТ, сопровождающихся распространенным гнойным перитонитом, заставляет задуматься о совершенствовании диагностики на амбулаторном этапе. 3. У возрастных пациентов, с большими значениями MPI и SOFA 4б. и выше, SAPSII более 30 б., ИБП более 10-13 б. следует рассмотреть альтернативные методы открытого ведения брюшной полости, в частности применение NPWT. 4. Лапаротомию по требованию, как метод выбора необходимо использовать в крупных многоцентровых больницах, где имеется возможность круглосуточного применения всего спектра современного обследования и лечения.

729. Факторы риска до- и послеоперационных осложнений острого аппендицита

Морару В.А., Бужор П.В., Павлюк Г.В., Бужор С.П.

Кишинев, Республика Молдова

ГУМиФ им. "Н.Тестемицану"

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) остается одной из наиболее частых патологий ургентной хирургии. Осложненный аппендицит (включая абсцесс, флегмону, генерализованный перитонит) по-прежнему приводит к увеличению послеоперационной летальности во всем мире. В исследованиях предпринята попытка выявить предрасполагающие факторы развития осложнений острого аппендицита с целью улучшения результатов хирургического лечения. Цель: изучение различных факторов в развитии до-послеоперационных осложнений ОА. Материал и методы. Проанализированы результаты течения болезни и хирургического лечения 449 больных ОА за период 2015-2017 гг. Основная группа была разделена на 2 подгруппы: I. Контрольная,- 332 больных без каких-либо до- и послеоперационных осложнений, включившая пациентов с катаральным и флегмонозным ОА без перфорации. II- Основная,- 117 пациентов с осложнениями хирургического лечения ОА. В эту группу были включены пациенты с интраабдоминальными осложнениями: флегмонозным или гангренозным перфоративным ОА (21), аппендикулярным инфильтратом (11), его нагноения (7), периаппендикулярным абсцессом (19), тифлитом (9); локальным, диффузным или генерализованным гнойным перитонитом (74); а также больные с экстраабдоминальными осложнениями со стороны послеоперационной раны (нагноение- 15, инфильтрат- 12, абсцесс- 7, серома- 14). В основную группу также вошли 4 пациента ранее аппендектомизированных с развитием в позднем послеоперационном периоде кишечной спаечной непроходимости, 1 больной с наружным кишечным свищем, 6 -с лигатурными свищами и 5 -с послеоперационными грыжами оперированных ранее по поводу ОА. В обеих подгруппах были изучены демографические (соотношение мужчин и женщин, распределение по возрастным подгруппам, наличие медицинской страховки) и клинические данные (симптомы, их продолжительность до госпитализации, время нахождения в стационаре до выполнения хирургического лечения, сопутствующая патология). Результаты. Осложнения ОА развились у 117 из 449

пациентов, что составило 26,1% случаев. В группе с осложненным ОА преобладали женщины в соотношении 1,60 (72/45) в сравнении с 1,26 (185/147) в группе больных без осложнений. Выявлены статистические различия по возрасту, составивший $33,5 \pm 13,4$ года в контрольной группе и $39,4 \pm 16,1$ года в основной группе ($P < 0,001$). Доля лиц в возрасте > 60 лет была значительно выше в случае осложнений - 23,1% ($n=27$), при их отсутствии она составила 3,9% ($n=13$). В большинстве случаев (55,9%) выявлено позднее (>24 часов) обращение больных с момента возникновения первых признаков ОА. Более того, в группе пациентов с осложнениями только 5 (4,3%) больных обратились в течение 6 часов, 32 (27,3%) - 7-24 часов и 80 (68,4%) позднее 24 часов с момента развития заболевания. В группе пациентов с благоприятным течением эти показатели составили соответственно 18,7%, 29,8% и 51,5% наблюдений. В контрольной и основной группах не установлено различия в отношении длительности нахождения больного в стационаре от момента госпитализации и до выполнения оперативного лечения. Изучая причины позднего обращения пациентов, мы обратили внимание на социально-экономический статус пациентов, взяв за основу оценку наличия или отсутствия медицинского страхования. Была найдена прямая связь между социально-экономическим состоянием пациентов и сроками обращения за оказанием медицинской помощи. Вероятно, отсутствие медицинского страхования определяет задержку своевременного обращения, начало самолечения, которое, в свою очередь, усугубляет течение ОА. Так, в нашем исследовании незастрахованные пациенты ($n=59$, или 49,6%) составили почти половину группы пациентов с осложненным ОА. Выводы: 1. Поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью является основной причиной развития осложнений ОА. 2. Факторами риска осложнений болезни явились возрастная группа больных с наличием сопутствующей патологии, а также незастрахованные пациенты.

730. Трансвагинальное извлечение препарата в лапароскопической хирургии колоректального рака

Черниковский И.Л., Гаврилюков А.В., Смирнов А.А., Саванович Н. В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербург

ГБУЗ Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)

Актуальность На современном этапе развития колоректальной хирургии миниинвазивные технологии стали общедоступным и безопасным методом лечения онкологических больных. Лапароскопические вмешательства помогают хирургам добиваться поставленных задач с меньшей операционной травмой для больного, а пациенту быстрее приходит в себя после операции. Однако, многие хирурги продолжают стремиться свести послеоперационный период восстановления к минимуму. Одним из вариантов развития миниинвазивной хирургии в этом направлении является хирургия с трансвагинальным извлечением препарата. Целью данного исследования было проанализировать собственный опыт таких оперативных вмешательств. Материалы и методы 26 пациентов страдающих раком ободочной и прямой кишок Т2-Т4b, которые были прооперированы лапароскопически в 2015-2017 гг, были ретроспективно включены в исследование. Из них было сформировано 2 группы: пациенты, у которых препарат извлекался через стандартный минилапаротомный доступ (14 человек, контрольная группа) и пациенты, у которых операционный препарат извлекался трансвагинально (12 человек). Обе группы были сопоставимы по основным показателям. Средний возраст составил 55 vs 59 лет, ИМТ – 27 vs 26, ASA – по 2,7, абдоминальные операции в анамнезе имели 6 и 4 человек соответственно. Результаты У пациентов контрольной группы было выполнено 2 задние экзентерации малого таза, 4 резекции сигмовидной кишки и 8 передних (низких и внутрибрюшных) резекций прямой кишки. У пациентов с трансвагинальным извлечением препарата было выполнено 4 задние экзентерации малого таза, 4 передние резекции прямой кишки, 3 резекции сигмовидной кишки и 1 резекция сигмовидной кишки комбинированная с пангистерэктомией. Операционная кровопотеря в среднем составила 110 vs 100 мл ($p > 0,05$),

продолжительность вмешательства – 180 vs 140 мин ($p>0,05$), среднее количество лимфатических узлов в препаратах контрольной группы – 12, а в препаратах, извлеченных трансвагинально, – 13 ($p>0,05$). Среднее пребывание больного в стационаре в контрольной группе составило 7 койко-дней, в группе с трансвагинальным извлечением – 5 ($p>0,05$). У 1 пациента в контрольной группе возникло нагноение манилапаротомной раны, у одного пациента из исследуемой группы возник некроз колостомы на уровне подкожной жировой клетчатки (осложнение устранено минимальным вмешательством). Не потребовалось введения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде – 1 больному в контрольной группе и 2 в исследуемой ($p>0,05$), однократно введение осуществилось 10 и 8 больным ($p>0,05$), двукратно – 3 и 2 больным соответственно ($p>0,05$). Выводы Миниинвазивная хирургия с извлечением препарата трансвагинально может давать преимущества в виде снижения продолжительности госпитализации и сведения к минимуму местных осложнений со стороны раны. Кроме того, данная методика имеет более выгодный косметический эффект.

731. Общие риски в амбулаторной хирургии и анестезиологии

Максумова Н.В.

Казань

Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Многокомпонентность патологических механизмов формирования болезни, особенно на амбулаторном этапе, отсутствие эффективного и надежного этиотропного лечения ведут к необходимости применения широкого ассортимента лекарственных средств в различных количественных и временных комбинациях, способах введения. Ситуация усугубляется при необходимости оперативного лечения. В связи с этим необходим доступный и эффективный показатель, определяющий пользу или риск данного препарата в зависимости от дозы и формы его введения, а также возможные риски

амбулаторной анестезии и операции. Одним из вариантов оценки состояния вегетативного тонуса пациента (можно читать как запаса здоровья, адаптационных возможностей организма) является анализ variability ритма сердца (BPC). Выявлена связь между высокой смертностью больных, перенесших инфаркт миокарда, и сниженной у них variability синусового ритма - низкая BPC была признана прогностическим фактором вне-запной смерти. Весьма неблагоприятным оказывается сочетание низкой BPC с другими прогностическими критериями вне-запной смерти. Так, при одновременной регистрации желудочковой эк-топической активности и низкого показателя BPC смертность возрастает вдвое по сравнению с частотой смертельных исходов, вызванных желудочковыми аритмиями. Удваивается риск смертельного исхода и при сочетании низкой фракцией выброса левого желудочка (< 30%) с уменьшенной variability сердечного ритма. Сочетание низкой variability сердечного ритма и поздних потенциалов на ЭКГ позволяет с высокой вероятностью прогнозировать у больного, перенесшего инфаркт миокарда, возможное наступление внезапной смерти. Проведен анализ состояния здоровья и уровня адаптации 73 больных, прикрепленных к базовым поликлиникам. Из них 52 ветерана боевых действий (ВБД) в Афганистане, 12 – в Чечне, 9 человек ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС, из них 2 являются также ветеранами афганской войны. Эти пациенты были обследованы перед направлением в дневной стационар на инфузионную терапию или перед выполнением мелких амбулаторных операций, выполняемых под местной анестезией. При работе с представленной группой пациентов важно выделение группы риска (стратификация риска) по данным BPC: - в группе здоровых - угрожаемых по развитию заболевания; - при сердечно-сосудистой патологии (артериальной гипертензии, ИБС, сердечной недостаточности) - диагностика поражения органа-мишени и риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе риск внезапной сердечной смерти (наркотической, интраоперационной или ранней послеоперационной); - при нарушениях ритма (экстрасистолии) - выделение группы больных, угрожаемых по развитию злокачественных аритмий; - при сахарном диабете, интоксикации - риск развития и/или наличия ангионейропатии; - выявление обмороч-ных состояний неврокардиогенного и (или) иного генеза, особенно у ветеранов войн с последствиями взрывных травм. - оценка выраженности вегетативных дисфункций

при заболеваниях центральной и периферической нервных систем, желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астме, профессиональных заболеваниях и др. - при нарушениях ритма и проводимости: как один из методов диагностики дисфункции и синдрома слабости синусового узла, различных аритмий (миграция водителя ритма, парасистолия, уточнение характера экстрасистолии и др.); диагностика вагусной и адренергической форм пароксизмальной фибрилляции предсердий. - Выбор лекарственной терапии (препаратов первого ряда и форм введения) при различных нозологических формах (артериальная гипертензия, ИБС, фибрилляции предсердий, облитерирующий атеросклероз и поражения венозной системы, анестетика и формы его введения) с учетом фона вегетативной регуляции. - Исходя из показателей ВРС, нами формировались группы пациентов для амбулаторной инфузионной терапии в дневном стационаре и последующего восстановительного лечения, амбулаторных операций и анестезии. Больные, имеющие факторы риска развития острой сосудистой патологии, направлены на стационарное лечение.

732. Сравнение продольного и поперечного минидоступа для извлечения препарата при лапароскопической хирургии колоректального рака

Черниковский И.Л., Смирнов А.А., Шарыгин Г.А., Гаврилюков А.В., Саванович Н.В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербург

ГБУЗ Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)

Актуальность Использование лапароскопических (ЛС) технологий в лечении больных колоректальным раком с каждым днем становится рутинной процедурой для многих хирургических центров по всему миру. Однако, до сих пор существует ряд нерешенных вопросов, вокруг которых не угасают споры специалистов. Одной из таких точек преткновения является минилапаротомный доступ при ЛС-вмешательствах. В нашей работе мы попытались ответить на вопрос

«имеются ли преимущества у продольной минилапаротомии над поперечной при ЛС-операциях по поводу колоректального рака (КРР)?». Материалы и методы. В исследование были ретроспективно включены 40 пациентов, которым были выполнены ЛС резекции ободочной или прямой кишки по поводу КРР cT2-T4 в 2017-2018 гг. Все больные были разделены на 2 группы по 20 человек: первая группа – пациенты, которым для извлечения препарата выполнялся продольный доступ, вторая – пациенты, которым выполнялся поперечный доступ. Обе группы были сопоставимы по возрасту (средний в обеих группах – 63 года), полу (М/Ж, 13/7 vs 12/8), шкале ASA (в среднем 2,6 для обеих групп), операции в анамнезе были у 7 и 8 человек соответственно. Продольные минилапаротомии выполнялись исключительно по средней линии живота, поперечные в боковых областях живота (или над лобком) в зависимости от проводимой операции. Результаты. В группе поперечной минилапаротомии было выполнено 7 резекций прямой кишки (внутрибрюшных и низких), 4 резекции сигмовидной кишки, 7 правосторонних гемиколэктомий, 2 левосторонние гемиколэктомии. В группе продольных минилапаротомий – 10 резекций прямой кишки, 4 резекции сигмовидной кишки, 5 правосторонних гемиколэктомий, 1 левосторонняя гемиколэктомия. Основные операционные параметры между группами не различались (средняя кровопотеря 100мл vs 90 мл, длительность операции 120 мин vs 150 мин). Длина разреза составила 6,1см в первой группе против 6,3 см во второй ($p>0,05$). Послеоперационные осложнения возникли у 1 человека из первой группы – гематома области раны. В остальном течение п/о периода у всех пациентов прошло без местных осложнений со стороны раны. Болевой синдром оценивался по количеству введенных в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков. В первой группе в среднем было выполнено 1,2 инъекции на пациента, во второй – 1,3 инъекции ($p>0,05$). Выводы. Анализ полученных результатов показал, что выбор направления минилапаротомного разреза не влияет на количество послеоперационных осложнений и выраженность болевого синдрома у пациентов после ЛС-операций на толстой и прямой кишке. Однако, в группе поперечных минилапаротомий средняя продолжительность операции оказалось меньшей. Это может быть объяснено тем, что, выполняя поперечный доступ, хирург может выбрать наиболее удобное для него место извлечения препарата.

733.Амбулаторная хирургия в Дальневосточном регионе

*Сахарюк А.П., Пугач А.В., Тарабурова Н.Г,
Агапцова Т.А., Черней А.Л., Тюриков П.П.,
Шилова Е.Е., Ивченко Е.Ю.*

Благовещенск

ФГБОУ ВО «Амурская государственная
медицинская академия МЗ России; ООО
«Эндоскопическая хирургия»

Актуальность. Хирургический стационар круглосуточного пребывания характеризуется: малой пропускной способностью стационарной койки (2-3 пациента в месяц); низкой хирургической активностью (50%); корпоративностью и коллективной ответственностью за результат хирургического вмешательства; невозможностью проведения адекватных реабилитационных мероприятий; избирательным лечением неосложненных заболеваний; особенностью финансирования страховыми компаниями. До 80 % пациентов находящихся сегодня на койках круглосуточных хирургических стационаров могут с успехом санироваться в амбулаторных условиях. Материалы и методы. С 2015-2017 г.г. в ООО «Эндоскопическая хирургия» с многопрофильными койками кратковременного пребывания по хирургии, урологии, гинекологии, ЛОР выполнено 3652 оперативных вмешательств, из них 3196 расширенных с применением стационарозамещающих технологий. Средний возраст оперированных пациентов составил 57 лет. Оперативные вмешательства включали 4 профиля хирургии (общая хирургия, урология, гинекология, ЛОР). Результаты собственных исследований. По урологическому профилю выполнено 945 вмешательств: аденомэктомии – 2, иссечение кист придатков-26, гидроцелектомия-46, резекция вен семенного канатика-29, удаление полипа уретры-64, циркумцизия-48, орхэктомия-5, резекция парауретральных кист-5, удаление образований полового члена-16, чрезкожная пункция кисты-122, трансперитонеальная биопсия простаты-455, трансуретральная резекция-40, литотрипсия камней мочевого пузыря и мочеточника-63, прочие-15. Гинекология: гистерорезектоскопия-303, миомэктомия-14, лапароскопическая резекция яичника, тубэктомия- 219, удаление кисты влагалища-5, гистероскопия с РДВ-586, прочие-4. Хирургия: лапароскопическая холецистэктомия-153, флебэктомия-138, липомэктомия-75,

герниопластика-244, удаление образований кожи и слизистых-53, гигромэктомия-35, абдоминопластика-4, прочие-13. ЛОР вмешательства: пункция гайморовых пазух-130, эндоскопическая гайморотомия-76, микрогайморотомия-154, подслизистая резекция перегородки носа-118, двухсторонняя вазотомия-248, репозиция костей носа-17, пластика ушной раковины-8, полипэктомия -36, прочие- 41. Средние сроки нетрудоспособности составили 9,3 дня. Осложнения – кровотечения, воспалительные инфильтраты составили 8 (0,2%) случаев, купированы консервативно. Летальности не было. Обсуждение полученных результатов. Стационарозамещающая хирургия сегодняшнего позволяет оказывать специализированную хирургическую помощь стационарного уровня на этапе первичного звена; в 4 раза дешевле по сравнению с круглосуточными стационарами; сроки временной нетрудоспособности в 3 раза короче, чем в стационаре; имеет геронтологическую направленность с позитивно прогнозируемым результатом оперативных вмешательств. Выводы. 1. Стационарозамещающая хирургия позволяет увеличить объемы санации хронической патологии хирургического профиля в регионе. 2. Для дальнейшего развития стационарозамещающего направления здравоохранения необходимо принятие Закона РФ об Амбулаторной хирургии.

734.Перспектива амбулаторной хирургии

Кадиров К.М.

Липецк

ГУЗ Липецкая городская поликлиника № 2.

В г. Липецке в 2006г на базе ГУЗ Липецкая гор.поликлиника № 2 был создан Центр амбулаторной хирургии с коечным фондом 5 коек с работой в две смены, штатным расписанием 11.5 ставок. В последующем планировалось расширение спектра оказываемой помощи, с увеличением штатного расписания до 16 ставок. В структуре штатного расписания предполагалось зав.отделением, врач-хирург, анестезиолог-реаниматолог, травматолог-ортопед, уролог, сосудистый хирург, колопроктолог, офтальмолог,

отоларинголог, ст.м\с, м\с анестезистка, м\с перевязочная м\с, опер. и постовая м\с, санитарка. По всем перечисленным врачебным специальностям предполагалось проведение оперативного лечения. Материал и методы. Практически оперативное лечение в должном объеме как на этапе открытия, так и по прошествии нескольких лет, сложилось в отношении пациентов общехирургического и травматологического профиля. Данное положение дел было обусловлено как большим количеством данной категории пациентов и сложившейся маршрутизацией, так и заинтересованностью врачей-хирургов и травматологов составлявших основу центра амбулаторной хирургии. В последующем проходило сокращение штатной численности, и объема оперативных вмешательств обусловленное также в немалой степени несовершенной системой финансирования в рамках ОМС. В настоящее время штатное расписание составляет 5.75 ставки. Основные оперативные вмешательства проводимые в ЦАХ-грыжесечения различной локализации, удаление доброкачественных образований кожи и подкожной клетчатки, вросший ноготь, коррекция рубцов, водянка, удаление металлоконструкций, иссечение гигром, контрактура Дюпюитрена, бурсэктомия, деформации пальцев, кожная пластика, удаление инородных тел мягких тканей и гематом. В силу сложившихся на протяжении десятилетий устоев и психологии как пациентов так и врачей, больших трудов составляло определение и введение в практику маршрутизации, а также обоснование целесообразности внедрения стационарзамещающей помощи прежде всего для понимания медицинскими работниками. За время существования ЦАХ было проведено более 6000 оперативных вмешательств. Пациенты после перенесенных грыжесечений в течении первых 2-3 дней наблюдались на дому, после менее объемных оперативных вмешательств для проведения перевязок и осмотров являлись в центр амбулаторной хирургии. Естественно положительным результатам проведенных оперативных вмешательств предшествует в немаловажной степени соответствующий отбор пациентов с учетом противопоказаний, объективного статуса, а также бытовых условий и транспортной доступности. Опыт практического применения АХ показал ряд неоспоримых преимуществ данной формы организации оказываемой медицинской помощи пациентам хирургического профиля. Основные преимущества амбулаторной хирургии, это прежде всего, снижение осложнений, в том числе, инфекционных,

сокращение не мотивированных финансовых затрат (питание, медикаменты, перевязочный материал, постельные принадлежности, коммунальная сфера и т.д.). Таким образом, оперативное лечение в условиях дневного стационара - стационара кратковременного пребывания позволяет добиться заметного экономического эффекта без ухудшения качества оказываемой медицинской помощи. Надо отметить, что очень многие пациенты хотят избежать по тем или иным причинам нахождения в круглосуточном стационаре. Перспектива развития амбулаторной хирургии становится более актуальной на фоне сокращения коечного фонда круглосуточных стационаров и желаемой оптимизации финансовых затрат отечественного здравоохранения. Выводы. За время работы центра амбулаторной хирургии и медицинское сообщество и пациенты признали право на существование данной формы организации оперативной хирургической помощи. В условиях частной формы собственности полноценная амбулаторная хирургия давно не вызывает вопросов целесообразности по причине надо полагать возмездной основы. Возможность осуществления данной деятельности в полном объеме в системе ОМС на данный момент не находит желаемого понимания и отклика со стороны структур осуществляющих финансирование. Сейчас уже не идет речь об экономической целесообразности, обоснованности и возможности стационарзамещающей помощи. Это уже состоявшийся факт нашего времени. В дальнейшем можно ожидать только увеличения объема и расширения спектра оказываемой оперативной помощи. На современном этапе оплата производится в соответствии с должным количеством койко-дня, а не по законченному случаю как таковому. Это обусловлено особенностями расчетов в системе ОМС. Полученные за десять лет результаты поднимают вопрос о необходимости изменения сложившейся системы оплаты в ОМС за пролеченного пациента как за законченный случай, без учета проведенных койко-дней, применительно к амбулаторной форме оказания оперативной хирургической помощи, что должно быть несомненно выгодно системе ОМС. Высокая эффективность лечения, низкий процент послеоперационных осложнений и значительно меньшая стоимость данных медицинских услуг, будут способствовать дальнейшему развитию амбулаторной хирургии, увеличению количества проводимых оперативных вмешательств и повышению доступности оказываемой медицинской помощи при условии изменения системы оплаты в условиях ОМС.

735. Микроволновая абляция в хирургическом лечении больных гемангиомами печени*Мусаев Г.Х., Жемерикин Г.А., Некрасова Т.П.*

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
кафедра факультетской хирургии №1.

Актуальность. Применение современных неинвазивных методов визуализации привело к значительному росту выявляемости бессимптомных гемангиом печени (ГП) преимущественно малых размеров (до 5 см), лечебная тактика при которых остается неясной. Расширение возможностей малоинвазивных хирургических вмешательств существенно изменили подходы к лечению больных гемангиомами печени, но до настоящего времени единая концепция хирургической тактики не выработана. Материал и методы. В исследование вошли 140 пациентов, проходивших лечение в клинике факультетской хирургии № 1 Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова с 2000 по 2017г. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от варианта лечения. В I группу (динамического наблюдения) изначально вошли 89 пациентов с размером гемангиом не более 5 см, что, по мнению большинства авторов, не требует оперативного лечения. За три года наблюдения 25 из этих пациентов перешли в 3 группу (малоинвазивных вмешательств) в связи с прогрессирующим ростом опухоли, что потребовало малоинвазивной деструкции очагов; за остальными 64 пациентами продолжили наблюдение. Во II группу (открытых операций) вошли 32 пациента, которым выполнена резекция печени или энуклеация опухоли. Третья группа (малоинвазивных вмешательств) составила 44 больных, у 25 гемангиомы подвергнуты микроволновой абляции. Термозонд проводили под УЗ-контролем чрескожно чреспеченочно по длиннику гемангиомы, режимы абляции зависели от размеров, расположения и других факторов. Эффективность метода оценивали через 3 месяца (УЗИ) и 6 месяцев (МСКТ). Полученные результаты. Установлено, что у трети пациентов с ГП малых размеров выявлен прогрессирующий рост их размера (более 1,2 см в год). Всего с использованием чрескожной микроволновой абляции ГП излечены 25 пациентов. Осложнений вмешательства ни в одном наблюдении не отмечено. У 23 пациентов (92%) проведено по

одному сеансу абляции, у 2-х пациентов (8%) – повторная абляция в связи с рецидивом опухоли при контрольной МСКТ. У пациента с множественными ГП выполнена одномоментная абляция двух наибольших гемангиом; по поводу оставшихся двух гемангиом пациент продолжает оставаться под наблюдением. Сроки наблюдения составили от 7 до 35 месяцев (в среднем 24 месяца). Динамический УЗ-контроль показал, что в течение 2-3-х месяцев у больных могли сформироваться небольшие жидкостные очаги на месте абляции (7 пациентов), которые самостоятельно к концу 6 месяца регрессировали с формированием фиброза. Формирование фиброзированных очагов подтверждено при МСКТ через 6 месяцев и чрескожной биопсии. Обсуждение. Хотя в большинстве своем ГП малых размеров требует динамического наблюдения и редко сопровождается осложнениями, имеется часть больных, у которых в силу разных причин ГП устойчиво растет. И подавляющее число этих больных через несколько лет, вероятно, обречены на удаление опухоли путем чревосечения. Хотя этот контингент с устойчивым ростом ГП и малочислен, именно ему и показана, по нашему мнению, микроволновая абляция как малотравматичное вмешательство, позволяющее навсегда избавиться от болезни на ранних стадиях ее развития. Выводы. В связи с особенностями морфологического строения ГП малых размеров (до 5 см), в трети случаев они склонны к прогрессирующему росту (увеличиваются в год не менее чем на 1 см), что делает неоправданным динамическое наблюдение, когда опухоль приближается к размерам, ограничивающим возможности малоинвазивной термодеструкции. Физические основы термодеструкции с помощью микроволновой абляции делают её методом выбора при гемангиомах до 5 см. Рецидив ГП после микроволновой абляции доступен для повторного малоинвазивного вмешательства. Рекомендации. Микроволновая абляция ГП является малотравматичным методом, позволяющим полностью разрушить опухоль. Методика позволяет в 92% наблюдений полностью разрушить опухоль и является методом выбора при ГП малых размеров (до 5 см), имеющей устойчивую тенденцию к росту при динамическом наблюдении.

736. Одноэтапная эндоскопическая септомиотомия при дивертикулах Ценкера

Судовых И.Е. (1), Дробязгин Е.А. (1, 2)

Новосибирск

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

Актуальность: У ряда пациентов с дисфагией, обусловленной наличием глоточно-пищеводного дивертикула, можно избежать операции открытым доступом. Материал и методы: Проанализированы исходные данные и результаты одноэтапной эндоскопической дивертикулотомии с использованием фиброгастроскопа у 20 пациентов с дивертикулами Ценкера. Полученные результаты: Среди прооперированных пациентов отмечено незначительное превалирование женщин (11 пациентов, 55%). Средний возраст всех пациентов - 59 лет (57 лет для женщин и 63 года для мужчин), варьируя от 38 до 76 лет у женщин и от 52 до 86 лет у пациентов мужского пола (медиана 61 год для обеих групп). Размеры дивертикулов колебались от 10мм до 55мм, в среднем 26,4 мм (медиана 30мм), при этом у женщин средний размер дивертикулов составил 22мм, у мужчин - 34мм. Пациентам выполнена септомиотомия длиной от 5мм до 40мм (в среднем, 22мм), что составило от 50% до 86% глубины дивертикула. Остаточная глубина дивертикулов варьировала от 14% до 50% исходного размера дивертикулов. При дивертикулах малого размера технической особенностью вмешательства являлась невозможность установки гибкого дивертикулоскопа. Дивертикулы больших размеров зачастую широкие, с ротацией вбок, что следует учитывать при выполнении вмешательства. Осложнений эндоскопической септомиотомии нами не отмечено. Дисфагия нивелирована, пациенты восстановили обычное пероральное питание, удовлетворены результатами лечения. Период наблюдения пациентов после операции - от 5 до 20 месяцев. Обсуждение: Среди прооперированных эндоскопически пациентов с глоточно-пищеводными дивертикулами количество мужчин и женщин практически одинаково, но в группе женщин отмечены более молодые пациенты, чем в группе мужчин. На момент госпитализации для оперативного эндоскопического лечения у пациентов мужского

пола средний размер дивертикулов в 1,5 раза превышал этот показатель в группе женщин. Отсутствие косметических дефектов после эндоскопического лечения играет немаловажную роль в осознанном согласии пациента на внутрисветное вмешательство, особенно в группе женщин. Одноэтапная эндоскопическая септомиотомия при глоточно-пищеводных дивертикулах обеспечивает эффективное восстановление перорального питания. Выводы и рекомендации: Гибкая оперативная эндоскопия при дисфагии у пациентов с дивертикулами Ценкера может быть первым и единственным хирургическим вмешательством и являться операцией выбора у пациентов различных возрастных групп.

737. Сравнительные результаты лапароскопических и лапаро-торакоскопических резекций и экстирпаций пищевода при ахалазии кардии

Аллахвердян А.С., Анипченко А.Н., Фролов А.В.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

АКТУАЛЬНОСТЬ – оценки эффективности лапароскопических и лапаро-торакоскопических резекций и экстирпаций пищевода при ахалазии кардии (АК). МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Проведен анализ результатов резекционных операций с одномоментной пластикой пищевода при лечения 55 больных АК. В 2014-2017 гг. 24 (43,6%) пациентам эти операции были выполнены видеоэндоскопически: 9 больным - лапароскопическим трансхиатальным доступом с эзофагогастро-анастомозом на шее; 3 больным – резекция нижнегрудного отдела пищевода лапароскопическим трансхиатальным доступом с эзофагогастро-анастомозом на уровне проксимальной границы ретроперикардального сегмента пищевода; 12 больным – комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим справа доступом. В период 2004-2016 гг. 31 (56,4%) пациенту была выполнена

экстирпация пищевода лапаротомным абдомино-медиастинальным доступом с одномоментной эзофаго-гастропластикой на шее. В 2 случаях операция была выполнена при подозрении на злокачественную трансформацию; в 27 - при рецидивах АК после кардиодилатации (15) или эзофагокардиомиотомии (12); в 26 случаях – в связи с бесперспективностью органосохраняющего лечения. РЕЗУЛЬТАТЫ: После пластики пищевода у больных АК летальность не отмечена. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза на шее была отмечена у 2-х больных. В 1-м случае после лапароскопической трансиатальной эзофагэктомии был отмечен точечный некроз желудочного трансплантата, выявленный на 6-е сутки после операции и излеченный дренированием левой плевральной полости. В 1-м случае был выявлен стеноз эзофагогастроанастомоза - проводилось бужирование. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При лечении ахалазии кардии 4 стадии, ее рецидивов после органсберегающих операций и кардиодилатации, при высоком риске аспирационной пневмонии, методом выбора является видеоэндоскопическая экстирпация/резекция пищевода с его одномоментной пластикой.

738.Изменения толщины слоев в стенке ущемленной ишемизированной кишки

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

Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30
Нижнего Новгорода»

Актуальность. Последствия, вызванные нарушением кровообращения в стенке кишки, определяют исход мезентериального тромбоза, ущемления кишки, стангуляционной кишечной непроходимости, разрыва брыжейки. Морфометрические параметры ущемленной ишемизированной кишки становятся предметом все более пристального изучения, так как в хирургической практике знания о состоянии кишечной стенки, толщине ее слоев – необходимая отправная точка для выбора объема и техники

операции. Цель. Исследовать изменения толщины слоев стенки в ущемленной петле и прилежащих к ней участках кишки. Материал и методы. Эксперимент основан на результатах исследования 11 лабораторных животных – крыс-самцов линии «Вистар». Ущемление и ишемию моделировали перевязкой петли тощей кишки Me [Q1;Q3] 5,75 [5,14; 6,36] см и участка ее брыжейки эластическим жгутом из латекса. После появления признаков нежизнеспособности ущемленной петли ее и прилежащие отделы кишечника резецировали и проводили гистологическое исследование 9 секторов кишки у каждого животного, кровоснабжаемых радиальным сосудистым пучком из aa. et vv. Jejunales (всего 81 сектор кишки). Измеряли абсолютную толщину серозно-мышечного и слизисто-подслизистого слоев стенки кишки, а также доли этих слоев в общей толщине кишечной стенки. В группу сравнения включили 16 секторов интактной тонкой кишки животных, которым не моделировали ущемление. Результаты. Толщина стенки и ее отдельных слоев в интактной кишке (группа «А»), а также в ущемленной ишемизированной петле (группа «С») и прилежащих к ней отделах кишечника (группа «В») различалась. В группе «А» общая толщина стенки составила (Me [Q1;Q3]) 480 [310;681] мкм, толщина серозно-мышечного слоя 68 [53;80] мкм, слизистого и подслизистого слоев – 399 [258;568] мкм. Доля серозно-мышечного слоя в нормальной кишке, составила 16,1 [11; 16,9]%, а доля слизистого и подслизистого слоев, таким образом – 83,9 [83,1; 89,1]%. В секторах кишки за пределами ущемленного участка (группа «В») общая толщина стенки кишки составила 601[429; 888,5] мкм с долей серозно-мышечного слоя 16,9 % и слизисто-подслизистого слоя – 83,1%. Общая толщина кишки увеличивалась в сравнения с нормой на 25,2 % за счет пропорционального роста толщины обоих исследуемых слоев стенки. При этом анализ секторов кишки группы «В» с установленным гистологически наличием некроза (18 из 54 исследованных секторов), показал, что, общая толщина стенки кишки в них составила 638,5 мкм, то есть на 6,2% больше, чем показатели в группе «В» в целом. В секторах кишки, локализованных в ущемленной петле (группа С), общая толщина стенки кишки (601 [509;786] мкм) была в больше, чем в интактной кишке и на 25,2 %. При селективном анализе толщины слоев кишечной стенки секторов группы «С» отмечены разнонаправленные изменения: серозно-мышечный слой был больше нормального как в абсолютном, так и в относительном выражении в 2,4 раза и в 1,6 раза, соответственно (p=0,001). Обсуждение. Состояние

серозно-мышечного слоя стенки кишки, динамика ее морфофункциональной состоятельности на фоне отека и воспаления, важная информация при выборе способа наложения анастомоза в осложненных условиях. Полученные нами данные о толщине долей стенки кишки не противоречат литературным [Гусейнов Т.С., 2015; Сапин М.Р., 2006] и дополняют их. Выводы. Таким образом, в сравнении с нормой в участках кишки, прилежащих к ущемленной петле, толщина стенки увеличивалась на 25,2 % за счет пропорционального увеличения всех слоев, при этом соотношение долей серозно-мышечного (16,9%) и слизисто-подслизистого слоев (83,1%) значительно не отличается от нормального. Внутри ущемленной петли кишки происходит увеличение доли серозно-мышечного слоя в сравнении с нормой ($p=0,001$) до 26,3 % и соответствующее снижение доли слизисто-подслизистого слоя.

739. Особенности распространения ишемического некроза в тканях ущемленной кишечной петли

Рябков М.Г., Измайлов С.Г., Балеев М.С., Сироткина М.А., Бедерина Е.Л., Мокеев О.А.

Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30 Нижнего Новгорода»

Актуальность. Несвоевременная диагностика, позднее обращение за помощью, быстрый прогресс ишемического повреждения у 60 % больных с мезентериальным тромбозом, 15-20% с ущемленной грыжей приводят к тому, что интраоперационно восстановить status quo в кровоснабжении кишки невозможно (или нецелесообразно) и остается лишь резецировать ту или иную ее часть. Протяженность некротически измененных участков, закономерности их распространения, глубина и локализация определяют при этом хирургическую тактику. Цель. Изучить закономерности формирования очага некроза и механизмы его распространения в ущемленной тонкой кишке. Материал и методы. Эксперимент основан на результатах исследования 11 лабораторных животных – крыс-самцов линии «Вистар». Ущемление и ишемию моделировали

перевязкой петли тощей кишки Me [Q1;Q3] 5,75 [5,14; 6,36] см и участка ее брыжейки эластическим жгутом из латекса. После появления признаков нежизнеспособности ущемленной петли ее и прилежащие отделы кишечника резецировали и проводили гистологическое исследование 9 секторов кишки у каждого животного, кровоснабжаемых радиальным сосудистым пучком из aa. et vv. Jejunales (всего 81 сектор кишки). Измеряли долю некроза от общей площади сектора кишки; локализацию некроза; площадь, долю и локализацию тканей, насыщенных экстравазально расположенными эритроцитами. Морфометрическое исследование проводили с помощью программы ImageJ. Результаты. В приводящем и отводящем участках кишки из 54 исследованных секторов признаки некроза выявлены в 18 (33,3%). При этом некроз локализовался в верхушках ворсинок слизистых. Площадь некротизированной ткани в препаратах составила 5651,1 мкм², то есть 0,57 [0,43;0,81] % исследуемой площади препарата. В пределах ущемленной петли кишки исследованы 27 секторов, во всех 27 при гистологическом исследовании обнаружен некроз, в 15 из них – трансмуральный, распространившийся от слизистой оболочки до мышечной и серозной оболочек. При этом площадь некротизированных тканей в исследуемых препаратах была 355362,9 [126630,3; 694878,9] мкм², что составило 40,8 [19,8; 52,8] % исследуемой площади препаратов. В структуре тканей секторов кишки внутри ущемленной петли и за ее пределами выявлено геморрагическое пропитывание – ткани, имbibированные экстравазально локализованными эритроцитами. В прилежащих участках из 54 секторов (18 из которых – с некрозом ворсинок) в 5 обнаружено геморрагическое пропитывание, площадь имbibированных кровью тканей составила 36094,2 [15460,4; 51775,1], доля от площади препарата – 2,8 [1,3;4,7]%. Внутри петли Имбибиция тканей кровью отмечена в 20 из 27 исследованных секторов, площадь ткани препарата, насыщенной экстравазальными эритроцитами, составляла 74274,5 [43329,8; 192224,1], а доля от площади тканей исследуемого сектора - 8,5 [3,6; 15,5] %. Обсуждение. Основываясь на проведенном исследовании, мы поддерживаем точку зрения, что в пределах ущемленной петли кишки поражение развивается по пути «кишечного инфаркта» и заканчивается геморрагическим некрозом, в формировании которого самая значительная роль принадлежит недостаточности венозного оттока. Результаты нашей работы свидетельствуют также в пользу того, что морфологические признаки венозной недостаточности (отек, геморрагическое

пропитывание, тромбированные вены) характерны и для прилежащих к зоне ущемления участков кишки. Выводы. В развитии ишемического поражения кишечной стенки существенную роль играло нарушение оттока венозной крови. В пределах ущемленной ишемизированной петли, а также в прилежащих к ней отделах, некроз развивался на фоне отека и утолщения слоев кишечной стенки, венозного полнокровия и тромбирования интрамуральных вен, геморрагического пропитывания тканей стенки кишки.

740. Опыт тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы под УЗИ-навигацией

*Соболев Ю.А., Демин Д.Б., Солодов Ю.Ю.,
Фуныгин М.С., Болодурин С.В., Файзулина Р.Р.*

Оренбург

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Узловой зоб имеет большую распространенность в регионах йодного дефицита. Статистика показывает, что каждый второй человек, проживающий в Оренбургской области, имеет нарушение функции структуры щитовидной железы. При обнаружении в щитовидной железе узлового образования основными целями обследования являются исключение рака щитовидной железы и функциональной автономии узла. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) в настоящее время является ведущим диагностическим методом дооперационной морфологической верификации заболеваний щитовидной железы, позволяющим не только дифференцировать доброкачественную и злокачественную патологию, но установить различные формы рака щитовидной железы. Для получения адекватного клеточного материала необходимо выполнение следующих условий: 1) точный выбор очага для пункции; 2) точное попадание иглы в выбранный участок; 3) учет ультразвуковых особенностей поражения; 4) получение такого количества материала, которое необходимо для исследования. Цель работы: оценить результаты полученных материалов из щитовидной железы путем тонкоигольной

аспираторной биопсии под контролем УЗИ. Материал и методы: были проанализированы результаты проведения тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ у 267 пациентов в 2017 г. на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга. Диагностику прошли 7% мужчин и 93% женщин в возрасте от 11 до 89 лет: до 40 лет составило 10% обследованных пациентов, от 40-50 лет – 9%, от 50-60 лет – 31%, от 60-70 лет - 33%, старше 70 лет - 17%. Злокачественная опухоль обнаружилась в 5% случаев. Результаты: по данным цитологического исследования элементы содержимого кисты обнаружались у 26% больных, фолликулярный эпителий без изменения у 39%, пролиферация фолликулярного эпителия у 16%, коллоид у 5%, фолликулярный эпителий с элементами воспаления у 4%, аутоиммунный тиреоидит – 2%, злокачественные новообразования у 5%. Среди злокачественных новообразований при цитологическом исследовании чаще встречалась аденома - 77%, аутоиммунная тиреобластома 8%, аденокарцинома 7%, папиллярный рак 8%. Выводы. 1. Тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ позволяет не только дифференцировать доброкачественную и злокачественную патологию, но установить различные формы рака щитовидной железы. 2. Методика относительно безопасна, информативна, технически проста, может быть применена неоднократно.

741. Влияние липофилинга на раневой процесс при закрытии хронических ран мягких тканей

*Рябков М.Г., Спиридонов А.А., Тихонова О.А.,
Бесчастнов В.В.*

Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30
Нижнего Новгорода»

Актуальность. Характерные для хронической раны сниженные возможности тканевой регенерации, торможение митотической активности клеток, нарушение кровотока препятствуют ее самостоятельному заживлению, что обосновывает необходимость применения реконструктивно-пластических операций. Традиционные способы

кожной пластики на нижних конечностях в 30-45 % не обеспечивают желаемые в функциональном и эстетическом отношении результаты. Цель. Исследовать влияние липофилинга, включенного в комплексное хирургическое лечение хронических ран, на раневой процесс и клинические результаты. Материал и методы. Проведено проспективное контролируемое клиническое исследование (уровень доказательности II) хирургического лечения 34 пациентов, оперированных по поводу хронических ран мягких тканей нижних конечностей. Из них 20 (группа контроля) оперированы традиционными способами дермотензии и трансплантации расщепленного свободного кожного лоскута, и 14 (основная группа) – разработанными способами, включающими комбинацию аутодермопластики и липофилинга. При дермотензии на бедре и колене местную мобилизацию кожи проводили методом липосакции, а полученный липоаспират использовали для пластики раневого дефекта. Количество использованного липоаспирата – от 25 до 70 мл. В течение послеоперационного периода на 3 и 10 сутки у пациентов с липотрансфером забирали участок ткани из дна раны для гистологического исследования. Результаты. В контрольной группе типичными осложнениями при свободной кожной пластике были нагноение и некроз трансплантата. При дермотензии отмечены местные осложнения в виде частичного некроза растягиваемого кожного лоскута (2 случая) и инфекции в области проведения спиц (2 случая). Всего в контрольной группе осложненное течение раневого процесса зафиксировано у 8 пациентов из 20. В основной группе осложнение в виде прорезывания швов после дермотензии декубитальной язвы отмечено в 1 случае из 14 ($p=0,05$). В микроструктуре ткани из дна раны у пациентов с липотрансфером отмечена следующая динамика. На 3 сутки после липотрансфера объемная доля некротизированных тканей составила Me [Q1;Q3] 12,4 [8,5; 19,1] %; жизнеспособная жировая ткань занимала 67,3 [55,2; 89,2]%, фиброзная ткань – 14,7 [9,9; 15,3]%. В тканях препарата при этом ясно визуализировались функционирующие микрососуды с единичными микротромбами, сладжем. На 10 сутки послеоперационного периода соотношение долей тканей изменялось: объемная доля нежизнеспособной жировой ткани составила Me [Q1;Q3] 34,1 [27,2; 49,1] %; жизнеспособная жировая ткань занимала 17,1 [10,3; 22,2]%, при этом наибольшую часть составляла жизнеспособная грануляционная ткань с большим количеством сосудов. Вывод. Пересадка жировой ткани в

хроническую рану является эффективным и патогенетически обоснованным дополнением к комплексному хирургическому лечению. В течение первых трех суток пересаженный липоаспират выполняет роль протектора раневой поверхности и стимулирует формирование сосудов и грануляционной ткани в целом. В течение 10 суток стимуляция раневого процесса способствовала скорейшему в сравнении с контрольной группой заживлению раны и снижению риска осложнений послеоперационного периода.

**742. Результаты пилотного этапа
рандомизированного
зарегистрированного мультицентрового
исследования острой спаечной тонкокишечной
непроходимости**

*А.В.Сажин(1), А.Е.Тягунов(1), Т.В.Нечай(1),
И.С.Лебедев(2), А.А.Тягунов(1), Л.С.Курашинова(3),
И.В.Сажин(4), А.Т.Мирзоян(1)*

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2) ГКБ№1 им.
Н.И. Пирогова 3) ГКБ№29 им. Баумана
4) ГКБ№12 им. Буянова

Актуальность. Современная концепция лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) предусматривает экстренную операцию только при ишемии кишки и перитоните. Остальным пациентам проводится консервативное лечение в течение 24 – 72 часов, при неэффективности – выполняется операция. Сторонники ранней операции, среди которых много российских авторов, поводят консервативное лечение не более 2 – 12 часов. Коллективом авторов представлены результаты пилотного этапа зарегистрированного (ClinicalTrials.gov protocol ID: 14121729, «COTACSO») проспективного многоцентрового рандомизированного исследования результатов ранней операции и длительного консервативного лечения ОСТКН. Материал и методы. Срок исследования: май 2017 г. – декабрь 2020 г. Исследование одобрено этическим комитетом РНИМУ им. Пирогова, выполняется на базе ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова, ГКБ им. В.М.Буянова, ГКБ №29 им Н.Э.Баумана ДЗ г. Москвы. Дизайн исследования. В

течение первых 12 часов стационарного лечения пациентам с ОСТКН проводится лабораторное и инструментальное обследование, включая КТ и пассаж водорастворимого контраста, для исключения странгуляции и оценки динамики кишечной непроходимости. Через 12 часов после госпитализации при сохранении непроходимости выполняется рандомизация пациентов в 2-е группы. В I группе выполняется операция (лапароскопический адгезиолизис). Во II группе продолжается консервативное лечение до 48 часов с контролем контраста и лабораторных показателей – при неэффективности его в течение 48 часов или проявлении признаков ишемии кишки, выполняется операция (лапароскопический адгезиолизис). Критерии исключения: отказ пациента, наличие странгуляции или перитонита, ранняя ОСТКН, невправимая грыжа, нарушение сознания, нестабильная гемодинамика. Конечные точки исследования: летальность в группах, эффективность консервативного лечения, количество не диагностированных странгуляций, продолжительность стационарного лечения, количество послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo, отдаленные результаты в течение 1 года. Результаты. С мая 2017 по февраль 2018 г.г. объектом исследования стали 77 пациентов. Из них рандомизировано 14 пациентов. В I группу рандомизировано 6 пациентов. У 1 из них при операции установлена странгуляция без некроза кишки. У 1 пациента развилось осложнение IVa класса. Срок стационарного лечения – 9, 2 суток. Во II группу рандомизировано 8 пациентов: 6 пациентов разрешились без операции. Среднее время до поступления контраста в толстую кишку – 22.8 часа. Два пациента оперированы досрочно – у 1-го установлена странгуляция без некроза кишки. Срок стационарного лечения – 4.4 суток. Летальных исходов в группах не было. Причина «нерандомизации» остальных пациентов: ? разрешение непроходимости к моменту рандомизации – 22 (28.6%) пациента, ? подозрение на странгуляцию 18 (23.4%) пациентов; странгуляция подтверждена у 11 (61,1%) пациентов, ? нарушение дежурным хирургом протокола исследования – 23 пациента, из них 17 (74%) – оперировано. Общая хирургическая активность – 53,2% Обсуждение. Исследования подобного рода при острой хирургической патологии в РФ проводится впервые. В РФ (2013 г.) летальность при ОСТКН среди неоперированных и оперированных пациентов составляет соответственно 1.16% и 8.57%. В менталитете российских хирургов сформирована установка на раннюю операцию при ОСТКН, в связи с чем часть пациентов оперирована до срока

рандомизации без указания на ишемию кишки. Значительная часть пациентов разрешается без операции, но к 12 часам – только 28.6% пациентов. Важнейшая задача при консервативном лечении ОСТКН – исключение ишемии кишки – достижима при соблюдении клинических рекомендаций. Выводы. Результаты пилотного этапа позволяют рассчитывать на научную и практическую ценность основной части исследования, которое после устранения выявленных проблем будет продолжено.

743.Изучение возможностей оптической когерентной томографии в дифференцировке границы жизнеспособных тканей и области некроза при сахарном диабете

Немирова С.В.(1), Петрова К.С.(1), Петрова Г.А.(1), Степанов Н.Г.(2), Чикин М.В.(2), Мочаева Н.А.(2), Исламов Р.А.(2), Целоусова Л.М.(1)

Нижний Новгород

- 1) ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
- 2) ГБУЗ НО «ГКБ№5»

Актуальность.Распространенность сахарного диабета (СД) 2 типа в России достигает 8,3%-10,9%, а в мире – 8,35%. Течение заболевания часто сопровождается нарушением трофики кожи нижних конечностей, локальными некрозами вплоть до развернутого синдрома диабетической стопы, который становится причиной ампутации конечности.В настоящее время остро стоит проблема определения границы жизнеспособной ткани для решения вопроса об уровне оперативного вмешательства. Существующие методы оценки нарушения трофики тканей нижних конечностей, такие как биопсия с последующим гистологическим исследованием, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, оксиметрия не позволяют оценить прижизненную структуру или ограничены функциональными возможностями визуализации границы жизнеспособных тканей. Материал и методы. Работа выполнена на базе клиники кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева (отделения гнойной хирургии ГБУЗ НО «ГКБ №5»). В исследование включены пациенты с трофическими

язвами нижних конечностей, обусловленной декомпенсацией СД 2 типа с развитием микроангиопатии. В исследование вошли 28 больных с клиникой артериальной недостаточности. У всех пациентов имела место типичная локализация язв: тыльная и плантарная поверхность пальцев и стопы. Морфология тканей оценивалась на основании данных неинвазивной оптической когерентной томографии (ОКТ), которая проводилась согласно разработанному в клинике протоколу с использованием томографа ОКТ-1300 с 3D-моделированием. Скорость сканирования прибора составляла 92 кгц, глубина сканирования 1,5 мм, центральная длина волны – 1300 нм, продольное разрешение 20 мкм, поперечное – 25 мкм; мощность излучения на объекте 0,75 мвт. Получаемые изображения представляли собой трехмерные ОКТ-образы поперечного среза кожи на глубину до 2 мм, площадью 1 см, представленные в псевдоцветной коричневой палитре. Специфика оптического образа каждого патологического процесса в коже складывалась из совокупности определенных изменений высоты, силы сигнала, контраста и однородности слоев ОКТ-изображения. В ходе исследования проводили оценку состояния кожи (рогового слоя, эпидермиса, дермы, придатков кожи) и тканей, окружающих сосуд. Обработку томограмм проводили с помощью программ HF_OCTf_512Cuda+ViewKub, HF_OCTf_Viewer, статическую обработку данных выполняли с помощью программы Excel 2010 (MicrosoftOffice). Полученные результаты у пациентов с диабетом ОКТ-картина жизнеспособных тканей в зоне трофических нарушений характеризовалась общим снижением яркости, контрастности и четкости границ оптических слоев кожи. Отмечалась тенденция к снижению высоты и яркости 3 слоя (клеточные слои эпидермиса), а также снижению общей глубины полезного сигнала (тенденция к истончению кожи). Область некроза характеризовалась потерей структуры волокон, клетки изменением физико-химических свойств основного вещества дермы и визуализировалась в виде однородной зоны сигнала слабой интенсивности без четких границ в пределах 4 слоя, окруженного зоной более интенсивного сигнала за счет окружающего его воспалительного инфильтрата. Обсуждение. При ОКТ в зоне жизнеспособных тканей в области трофических нарушений, в отличие от зоны некроза, несмотря на значительные изменения, отчетливо выявляются все пять слоев, аналогичные таковым в норме. Соответственно, выполнение прижизненной неинвазивной морфологической верификации слоев кожи позволяет говорить о потенциальной

жизнеспособности тканей, не подвергая пациента повторным иссечениям участков некроза. Отсутствие травматизации тканей при выполнении исследования дает возможность динамического наблюдения за «сомнительными» зонами, оценивая эффективность проводимого лечения. Выводы и рекомендации. Оптическая когерентная томография позволяет визуализировать границу жизнеспособной ткани в области трофических нарушений при диабетической микроангиопатии, что может быть использовано для динамического наблюдения и коррекции тактики ведения больных сахарным диабетом, а также определения четкого уровня удаления нежизнеспособных тканей.

744. Комплексное лечение посттромбофлебитического синдрома, осложненного экземой

*Немирова С.В.(1), Петрова К.С.(1), Петрова Г.А.(1),
Степанов Н.Г.(2), Чикин М.В.(2), Мочаева Н.А.(2),
Матвеев И.С.(1), Целоусова Л.М.(1)*

Нижний Новгород

- 1) ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
- 2) ГБУЗ НО «ГКБ№5»

Актуальность. Хронической венозной недостаточностью (ХВН) страдают до 28-37% взрослого населения, из них 20-25% случаев ХВН развивается на фоне посттромбофлебитического синдрома, в 5-12% сопровождающегося клинически значимыми изменениями кожи нижних конечностей, значительно влияющими на качество жизни пациентов. Материал и методы. Исследование проведено на базе клиники госпитальной хирургии им. Б.А. Королева НижГМА, включало 85 пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей на фоне посттромбофлебитического синдрома, осложненного экземой. Было проведено стандартное комплексное обследование, включающее УЗДАС вен нижних конечностей с подтверждением диагноза ПТФС. При выявлении рецидива тромбоза назначали эноксапарин натрия, с последующим переводом на новые пероральные антикоагулянты, при отсутствии острого процесса

или рецидива тромбоза на фоне выраженных нарушений микроциркуляции – диосминсодержащие флебопротекторы и сулдексид. В первые 3-5 суток комплексной терапии, наряду с медикаментозной терапией и эластической компрессией нижних конечностей, проводилось лечение топическими средствами, включая препарат, содержащий глюкокортикоид бетаметазона дипропионат в комбинации с гентамицином в форме мази (при наличии выраженного воспалительного процесса с признаками инфицирования), а также комбинированной эмульсии, содержащей микрочастицы серебра, молочную кислоту и глицерин в форме спрей-эмульсии для тела. Для оценки морфологии кожи в динамике всем пациентам проводили оптическую когерентную томографию (ОКТ), функциональные параметры изучали с помощью многофункционального неинвазивного диагностического комбайна. Полученные результаты. У всех пациентов в ходе обследования были выявлены сухость и шелушение кожи, признаки отека гиперпигментации, венозной экземы с отдельными инфицированными эрозивными элементами. При этом на ОКТ выявляли признаки отека и инфильтрации дермы, спонгиозных пузырьков в клеточных слоях эпидермиса. Начиная со 2-х суток комплексного лечения, отмечено прогрессирующее уменьшение тургора тканей с увеличением влажности и снижением интенсивности трансэпидермальной потери воды, что клинически проявлялось снижением выраженности отека кожи вследствие купирования локального воспаления. Спустя неделю от начала лечения больные отмечали значительное уменьшение болезненных ощущений и зуда, что подтверждалось данными объективного осмотра. В ходе ОКТ выявлено увеличение яркости и усиление контрастности всех оптических слоев, уменьшение толщины клеточных слоев эпидермиса, уменьшение толщины рогового слоя и изменение глубины полезного сигнала за счет меньшей выраженности отека, что соответствует улучшению морфофункционального состояния тканей. Уменьшение воспалительной реакции являлось показателем предотвращения дальнейшего инфицирования, что объективно подтверждалось уменьшением визуальной оцениваемой площади воспаления ($p < 0,5$). Обсуждение. Сочетание системной терапии, направленной на купирование флебогипертензии и улучшение микроциркуляции, с топическими средствами с противовоспалительным и антимикробным действием позволило достичь быстрого купирования симптоматики с

объективным подтверждением эффективности данной тактики. Полученный результат отчасти связывается с тем, что комбинация топических ГКС с антибактериальными и увлажняющими средствами тормозило накопление лейкоцитов, высвобождение лизосомальных ферментов и провоспалительных медиаторов в очаге воспаления, угнетало фагоцитоз, уменьшало сосудисто-тканевую проницаемость, препятствовало образованию воспалительного отека. Включение в комплекс терапии увлажняющего средства способствовало созданию оптимальной среды для эпителизации деконтаминированных трофических дефектов. Выводы и рекомендации. Лечение пациента с ХВН должно быть комплексным, включая оптимальную комбинацию топических препаратов, что достоверно позволяет уменьшить выраженность воспалительной реакции и трофических нарушений кожи.

745. Оперативные вмешательства с применением видеозендоскопической техники в стационаре кратковременного пребывания при поликлинике за 14 лет

*Жданов А.И.(1), Рудой В.Г.(1,2),
Разворотнев А.В.(2), Ткачев И.Е.(2),
Шевченко Д.С.(2)*

Воронеж

1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко 2) Воронежская городская клиническая поликлиника №7

Актуальность. В настоящее время в центрах амбулаторной хирургии со стационаром кратковременного пребывания (СКП), созданных при крупных поликлиниках производят хирургические вмешательства госпитального реестра. Среди них одними из наиболее многочисленных и перспективных являются малоинвазивные вмешательства, которые выполняют с применением видеозендоскопической техники. Цель. Обоснование возможности эффективного выполнения видеозендоскопических операций в условиях СКП при поликлинике Материалы и методы. Стационар кратковременного

круглосуточного пребывания в сроки от 1 до 3 суток при Воронежской городской клинической поликлинике №7 функционирует с 2004 года и 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, наркозные аппараты «Фаза-21», «Фаза-23» и др. Для случаев возможных интраоперационных осложнений при видеоэндоскопических операциях на органах брюшной полости имеется специальный набор инструментов и необходимые условия для выполнения транслапаротомных оперативных вмешательств. Достаточный опыт и квалификация хирургов и анестезиологов позволяют при этих осложнениях выполнять различные коррегирующие операции. Среди сотрудников СКП - 2 кандидата медицинских наук, 10 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 2 - первую категорию. Результаты и обсуждение. С 2004 года в СКП выполнили 12788 операций по 7 специальностям. При этом 6386 (49.9%) оперативных вмешательств произведено с применением видеоэндоскопической техники: 2512 операций хирургического профиля, 1784 – травматологического и ортопедического и 2090 - гинекологического. Из хирургических вмешательств выполнили 2116 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), 383 лапароскопические герниопластики (ЛГП) и 13 диагностических лапароскопий. По поводу хронического калькулезного холецистита ЛХЭ произведена у 2051 пациента. Из них в 147 (7.2%) случаях обнаружили нефункционирующий желчный пузырь, заполненный «белой желчью» и конкрементами, в 31 (1.5%) - инфильтраты, с локализацией чаще в области шейки желчного пузыря. У 65 (3.1%) больных ЛХЭ выполнена по поводу полипов желчного пузыря. Из операций сочетанных с ЛХЭ произвели: грыжесечений по поводу пупочных грыж способом Мейо - у 25 пациентов и у 13 - по способу Сапезко; фенестраций ретенционных кист печени – у 21; биопсий из очаговых образований печени – у 27 и у 16 больных удалены доброкачественные опухоли мягких тканей.

Интраоперационные осложнения выявлены у 41 (1.9%) больного, а послеоперационные - у 27 (1.3%). Из них наибольшее количество – 37 составили случаи обострения хронического пан-креатита, развившегося сразу или через несколько часов после операции. С 2009 года в СКП у больных с паховыми грыжами выполнено 383 лапароскопические герниопластики. При этом у 12 пациентов ЛГП были произведены по поводу рецидивных грыж после ранее выполненных герниопластик по различным методикам. У 67 пациентов с двухсторонними паховыми грыжами ЛГП была произведена одномоментно с обеих сторон. Рецидив грыжи после лапароскопических герниопластик возник у 9 (2.3%) пациентов в сроки от двух до шести месяцев. Устранение рецидива грыж этим пациентам было произведено с использованием протезирующей пластики по Лихтенштейну. Артроскопические вмешательства на коленном суставе выполнили 1759 пациентам. Из основных операций произведено: резекций внутреннего мениска – 639; наружного мениска – 291; диагностических артроскопий – 145; хейлэктомий и резекций тела Гоффа – 142; лаваж коленного сустава – 203; удалений внутрисуставных тел – 106. С 2013 г. произведено 126 артроскопических пластик передней крестообразной связки коленного сустава, а с 2014 г выполнено 25 артроскопических вмешательств на плечевых суставах. Количество послеоперационных осложнений после артроскопических вмешательств составило 74 (4,2%) случая. Из 2090 гинекологических вмешательств произвели: 1920 гистероскопий с отдельным диагностическим выскабливанием и гистерорезектоскопий, а также 170 различных лапароскопических операций по поводу резекций яичников, туб- и аднексэктомий, удалений очагов наружного эндометриоза, трубноперитонеального бесплодия, хирургической стерилизации. Интраоперационные осложнения во время лапароскопических операций установлены у 17 (10.0%) больных и у 13 (0,7%) - во время внутриматочных вмешательств. Осложнений, связанных с анестезией при видеоэндоскопических вмешательствах хирургического, травматологического и гинекологического профиля не наблюдали. Гнойно-воспалительных осложнений, летальных исходов после выполнения всех этих операций также не было. Средняя длительность послеоперационного пребывания пациентов в СКП после лапароскопических холецистэктомий составила 1.6 дня, лапароскопических герниопластик - 1.3, гистерорезектоскопий -1.1, лапароскопических резекций яичников по поводу бесплодия -1.2, артроскопий и

1.1 - после менискэктомий. Выводы. Создание стационара кратковременного пребывания при поликлинике позволило внедрить в повседневную хирургическую практику такие стационароразмещающие технологии, как малоинвазивные видеоэндоскопические вмешательства, что дало возможность оказывать своевременную, специализированную, многопрофильную хирургическую помощь большому количеству населения при существенном снижении материальных затрат.

746.Редкий случай разволокнения диафрагмы у больного с напряжённым асцитом

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

Петрозаводск

1) ФГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет) 2) ГБУЗ РК БСМП

Актуальность. Напряжённый асцит является одним из осложнений цирроза печени. Примерно в 6% случаев у больных циррозом печени наблюдается плевральный выпот, причём в 67% по данным Ш.Шерлока и Дж.Дули (1999) выпот отмечается только в правой плевральной полости. Нами наблюдался случай, когда напряжённый асцит привёл к развитию гидроторакса в связи с возникновением патологических сообщений между брюшной полостью и грудной клеткой. Материал и методы. Больной Ф, 43 лет госпитализирован в ХО-2 БСМП г. Петрозаводска 08.02.2018 года. Ранее длительно страдал хроническим алкогольным гепатитом с трансформацией в цирроз печени с синдромами портальной гипертензии (спленомегалия), гиперспленизма, желтухи, печеночно-клеточной недостаточности, печеночной энцефалопатии. В ноябре 2017 года производилась эвакуация асцита в стационаре, в дальнейшем лечился амбулаторно. 02.02.2018 года больной был госпитализирован с клиникой тотального гидроторакса справа и напряжённого асцита, диагноз был подтверждён данными рентгенографии грудной клетки. На рентгенограмме выраженное смещение

средостения влево, купол диафрагмы справа не визуализируется, слева диафрагма чётко прослеживается. Выполнено дренирование грудной полости справа, в течение 6 часов эвакуировано 8,5 литров прозрачной жидкости, жёлтого цвета, без примеси и запаха. При осмотре отмечено уменьшение асцита. При ультразвуковом исследовании от 09.02.2018 года выявлено около 1500 миллилитров жидкости в правой плевральной полости. По спиральной компьютерной томографии брюшной и грудной полости отмечено что, на уровне заднего отрезка 11 ребра определяется нечеткость контура диафрагмы с признаками сообщения брюшной и плевральной полостей. С учётом длительной алкоголизации пациента, невозможности исключить факт травмы высказано предположение о возможном травматическом разрыве диафрагмы с формированием соустья между брюшной и плевральной полостями. В связи с этим выставлены показания к диагностической лапаротомии. При ревизии брюшной полости эвакуировано около 5 литров асцитической жидкости. Выявлено значительное увеличение и цирротическая трансформация печени. При ревизии правого купола диафрагмы разрывов не выявлено. Обнаружено, что диафрагма имеет разволокнённую структуру с множественными точечными дефектами, через которые жидкость из плевральной полости свободно проникает в брюшную полость. В связи с состоянием диафрагмы ушивание последней невозможно, выполнена тампонада гемостатической губкой с целью попытки разграничения брюшной и плевральной полостей. Брюшная и плевральная полости дренированы. При рентгенологическом контроле на следующие сутки жидкости в плевральной полости не выявлено. На фоне крайне тяжёлого состояния больного он скончался через 2 суток с момента операции. Во время вскрытия признаков травматических разрывов или повреждений диафрагмы не выявлено. Обсуждение. По данным Ш.Шерлока и Дж.Дули (1999) возможно пропотевание выпота из брюшной в плевральную полость через дефекты в диафрагме. Экспериментальное подтверждение данного факта производилось путём введения воздуха или меченого альбумина в асцитическую жидкость с последующим обнаружением их в плевральной полости. Данный факт был подтверждён нами во время операции с фотофиксацией разволокнённой диафрагмы. Выводы: В случае напряжённого асцита у пациентов с циррозом печени возможно пропотевание жидкости в плевральную полость через перерастянутую диафрагму с развитием гидроторакса. Требуется дополнительное

исследование для объяснения уточнения, почему данное состояние в правой плевральной полости развивается в два раза чаще, чем в левой. Для исключения данного осложнения необходимо своевременно выполнять эвакуацию асцита, не допуская протекания последнего в плевральную полость.

747. Хирургическое лечение тяжелого острого холецистита

Натрошвили И.Г. (1), Прудков М.И. (2)

Кисловодск, 2) Екатеринбург

1) СтГМУ, 2) УГМУ

К категории больных тяжелым острым холециститом, согласно Национальным клиническим рекомендациями и Токийским соглашениям, следует относить пациентов, у которых заболевание сопровождается нарушением функции хотя бы одного органа или системы органов. Если проблема выбора хирургической тактики при остром холецистите легкой и средней тяжести принципиально решена, то в отношении пациентов с тяжелым течением острого холецистита однозначных рекомендаций нет, как и не определено место малоинвазивных технологий в лечении данного контингента больных. В ходе проведения мультицентрового когортного ретроспективного исследования, включившего 649 пациентов, прооперированных по поводу острого холецистита без патологии желчных протоков в 8 стационарах 4 городов РФ в течение одного года, были выявлены 17 больных (2,6%), соответствующих этим критериям. Возраст пациентов был от 43 до 85 лет (медиана 74 года, межквартильный размах 63-80 лет), почти половина (8/17) были старческого возраста. Имеется высокая теснота связи между средним возрастом больных в стационарах и частотой тяжелого острого холецистита (коэффициент корреляции Спирмена 0,81, $p=0,0149$). Индекс коморбидности Charlson был выше 5 у 8 больных. Физическое состояние соответствовало классу I по ASA у 3 пациентов, II — у 4, III — у 5 и IV — также у 5 человек. Больные тяжелым острым холециститом поступили в стационары через 3 часа — 10 суток от начала заболевания

(медиана 72 ч, межквартильный размах 48-96 ч), 11 из них были госпитализированы в первые трое суток от начала заболевания. Всего было выполнено 18 вмешательств по поводу тяжелого острого холецистита, преимущественно - холецистэктомии (14/18). Число малоинвазивных и «традиционных» холецистэктомий было равным — по 7 операций. Лапаротомные вмешательства чаще применяли в стационарах, где МХЭ не выполнялась (3 из 5 против 4 из 9 при использовании MAS-технологии). У всех пациентов были деструктивные формы острого холецистита, при патологогистологическом исследовании преобладали гангренозные изменения стенки желчного пузыря (10/15). У 5 больных острый холецистит осложнился формированием перивезикального абсцесса, у 1 — перфорацией желчного пузыря. Местный серозный перитонит имелся у 3 пациентов, распространенных форм перитонита не было. Выраженность воспалительных и деструктивных изменений обусловила сложности при выполнении операций в данной группе больных. Легких холецистэктомий не было, большинство (11/14) вмешательств были сложными. Это ещё раз подтверждает тезис о том, что операции у пациентов с тяжелым течением острого холецистита должны выполняться наиболее опытными хирургами, что позволяет как снизить риск интраоперационных осложнений, так и максимально сократить время операции. Единственный летальный исход в группе больных тяжелым острым холециститом наступил у пациента 78 лет на 14-е сутки после традиционной холецистэктомии от острой почечной недостаточности. Длительность стационарного лечения пациентов с тяжелым острым холециститом была от 8 до 45 суток (медиана 15, межквартильный размах 12-19), а послеоперационный койко-день — от 7 до 45 суток (медиана 14, межквартильный размах 10-17). Интегральный показатель прогностической шкалы оценки риска и тяжести возможных осложнений, условно обозначаемый как «индекс ятрогенности», составил 1,86 балла для ОХЭ, 0,66 — для ЛХЭ, 0,5 — для МХЭ, а для всех выполненных «паллиативных» вмешательств — 1 балл. Полученные данные об осложнениях различных вариантов холецистэктомий свидетельствуют о возможности достаточно безопасного выполнения малоинвазивных вмешательств у больных тяжелым острым холециститом. В то же время, выполнение «паллиативных» операций (а у большинства пациентов этой группы их выполнить невозможно из-за выраженных деструктивных изменений стенки желчного пузыря) может приводить к ухудшению состояния пациента вследствие

прогрессирования воспалительного процесса, и они должны применяться только у пациентов с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском.

748. Вакуум-терапия ран у пациентов с огнестрельной травмой конечностей

*Бордаков П.В. (1), Бордаков В.Н. (2),
Езерский К.Ф. (3)*

Минск

1. кафедра неотложной хирургии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» 2. государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий» 3

ВВЕДЕНИЕ Проблема лечения огнестрельной травмы в настоящее время остается актуальной для клинической хирургии. Одним из инновационных методов, используемых в лечении ран огнестрельной травмы, является местное использование вакуумных повязок с созданием отрицательного давления (Vacuum-assisted closure). В доступной литературе мы нашли единичные работы о применении вакуум-терапии для лечения огнестрельной травмы. Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с огнестрельной травмой конечностей путём использования вакуум-терапии в комплексе лечебных мероприятий. Материал и методы В качестве материала исследования в клинике были ретроспективно проанализированы 10 случаев лечения пациентов с огнестрельной травмой мирного времени, у которых применялся метод VAC-ассистируемого закрытия ран. Из раненых и пострадавших 6 были с огнестрельными ранениями из различного вида стрелкового оружия, 2 – с минно-взрывными ранениями и 2 – с взрывными травмами. Лечение проводилось отрицательным давлением в диапазоне от 50 до 120 мм рт. ст. с возможностью пошагового регулирования в 5 мм рт. ст. Результаты и обсуждение В пяти случаях раненые или пострадавшие поступили в 1-е сутки через 1-6 ч после получения травмы. Им проводилась первичная хирургическая обработка

ран (ПХО), сразу или через сутки накладывалась ВАК-система, которая менялась через 2-3 суток. У этой категории больных раневой процесс купировался, признаков нагноения не было выявлено. В случае поступления пациента на 2-3 и даже на 7-е сутки, с уже проведенной «первичной хирургической обработкой», наложенными первичными швами, нами был выявлен воспалительно-гнойный процесс в ране, что потребовало проведения вторичной хирургической обработки, некрэктомии и, в последующем, применения ВАК-системы. Предполагается, что ПХО при огнестрельной ране должна быть радикальной и исчерпывающей. Однако это не всегда возможно. Поэтому мы рекомендуем воздержаться от наложения первичных швов, а для контролируемого течения раневого процесса применять ВАК-систему не снимая повязку. Смена ВАК-системы проводилась в первые трое суток через каждые 24-48 ч, в последующие сутки через 72-96 ч с учетом количества экссудата, отделяемого из раны. Пациентам, потупившим на третьи сутки и более с момента получения травмы, у которых имелись воспалительно-гнойные осложнения, а в ряде случаев и гнойные процессы с обширным поражением тканей, вакуумные повязки применялись после выполнения радикальной некрэктомии. На первом этапе использовался постоянный режим аспирации с уровнем отрицательного давления 120 мм рт. ст. Смена повязки проводилась в период от 2 до 4 суток в зависимости от тяжести клинических проявлений раневой инфекции. У всех пациентов при использовании вакуумных повязок отмечен более выраженный положительный эффект, который заключался в оптимизации сроков очищения и заживления ран. Это достигалось за счет ведения ран во влажной среде, выраженного антибактериального эффекта, защиты от повторного инфицирования, механического уменьшения раневого объема, активизации грануляционного процесса с улучшением качества и количества образования грануляционной ткани, уменьшения отека и увеличения сосудистой перфузии. Выводы: Вакуумная терапия ран у пациентов с огнестрельной травмой конечностей позволяет сократить продолжительность фаз раневого процесса, ускорить в 1,2 раза заживление ран или подготовку раны к разным видам кожной пластики в среднем.

749. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения эхинококкоза печени с применением различных методик

Рахматуллаев А.Р, Рахматуллаев Р, Ибрагимов Ш.Б, Рахматуллаева Ф.Р, Рахматуллаева З.Р. Кувондинов М, Ходжаев М.Х.

Турсунзаде, Таджикистан.

ЛДЦ Вароруд

Актуальность проблемы: По данным различных авторов, несмотря на несомненные успехи медицины эхинококкоз печени (ЭКП) имеет тенденцию к увеличению. До недавних пор основным методом хирургического лечения ЭКП считались открытые оперативные вмешательства, при этом послеоперационные осложнения составляют 6–32% наблюдений, а частота летальности достигает до 2,5–9%. С появлением лапароскопической методики (ЛС), появилась альтернатива традиционному методу хирургического лечения эхинококкоза печени. Данная методика операции является методикой выбора у больных с ЭКП в диаметре до 10-12, и при локализации в S - I-VII. Однако применение ЛС методики ограничено при локализации ЭКП в S – VIII, при гигантских кистах и/или при их нагноении. Целью исследования является изучение ближайших послеоперационных результатов ЛС эхинококкэктомии из печени и эхинококкэктомии выполненной по открытой методике в сравнительном аспекте. Материал и методы исследования: В сравнительном аспекте нами проведено изучение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени в двух группах больных: I группа 80 больных, которым была проведена эхинококкэктомия из печени с применением ЛС методики; II группа больных также 80, им оперативное вмешательство проведено по открытой методике, обе группы являлись рандомизированными: по возрасту, полу и по локализации ЭКП. Мужчин 45 (28,1%), женщин 115 (71,9%), возраст больных от 22 до 58 лет, средний возраст составил 38,2±1,5 лет. ЭКП с локализацией в S – Y-VI-VII отмечено у 112 больных, в S - I-II- II- IV у 48 больных, в обеих группах больные с локализацией ЭКП в S – VIII не включены. Размер ЭКП в диаметре составляли от 6 до 15 см, в среднем 9,5 см. При хирургическом лечении больных с локализацией ЭКП в левой доле печени операцию выполняли из верхнее срединного лапаротомного доступа. Результаты исследования и обсуждения:

Эффективность использованных методик операции мы оценивали по следующим критериям: Интенсивность болевого синдрома, частота послеоперационных осложнений, длительность оперативного вмешательства, койка-день пребывания больного в стационаре, сроки реабилитации и летальность. Для изучения интенсивности болевого синдрома использовали цифровую рейтинговую шкалу (ЦРШ), состоящую из 11 пунктов, от 0 - «боль отсутствует», до 10 - «сильная, интенсивная, нестерпимая боль», интенсивность болевого синдрома оценивали через 3, 6, 12, 24 и 48 часов. Через 3 часа после операции у больных I группы преобладала слабая боль (1-3 балла), через 6-12 часов отмечен умеренно выраженный болевой синдром (4-6 баллов) через 48 часов отмечен регресс болевого синдрома в сторону слабого (1-3 баллов). У больных II группы отмечен выраженный болевой синдром (4-6 баллов), через 12-24 часов отмечено нарастание интенсивности болевого синдрома в сторону сильного (7-10 баллов) и лишь через 48 часов отмечен регресс в сторону умеренно выраженной (4-6 баллов). Болевой синдром коррелировал с методикой и объемом оперативного вмешательства, Для купирования болевого синдрома больным II группы назначались 3-4 инъекции наркотических анальгетиков в первые сутки. Следует отметить, нагноение послеоперационной раны по группам отмечено у 1(1,2%); у 4(5%); желчеистечение у 3(3,7%); у1(1,2%); абсцесс остаточной полости у 2(2,5%) в результате дислокации сальника из остаточной полости и у 2(2,5%) соответственно по группам. Средний койка день пребывания больного в стационаре составил 5,8±1,5; 14,8±1,5 дней, срок реабилитации 20±1,2 и 35,5±1,5 дней соответственно по группам. Летальность отмечена у 1(1,2%) больного из II группы. В заключении следует отметить, что проведенные нами исследования констатируют, что больные после ЛС эхинококкэктомии из печени в послеоперационном периоде чувствуют себя комфортно, в назначении наркотических анальгетиков не нуждаются. Данная методика операции является обоснованной при локализации ЭКП в I-VII сегментах, сопровождается минимальной частотой различных осложнений по сравнению с открытой методикой операции. Однако, при этом ограничена возможность выполнения эхинококкэктомии из VIII сегмента печени.

750. Лечение хирургической инфекции мягких тканей

*Киршина О.В.(1), Токарев А.В.(2),
Лагерева Ю.Г.(3), Новикова А.В.(2)*

Екатеринбург

1) Уральская Государственная медицинская академия. 2) Муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая больница №14». 3) МАУ «Клинико – диагностический центр».

Цель исследования: Оценка клинической и иммунологической эффективности полимурамила в комплексном лечении гнойно – воспалительных заболеваний мягких тканей. Материалы и методы исследования: Клиническое исследование проводилось на базе отделения гнойной хирургии МО МАУ ГКБ № 14 г. Екатеринбурга. Были сформированы две группы пациентов по 15 человек в каждой с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей (основная группа и группа сравнения). Различия пациентов по возрасту и полу статистически незначимы: средний возраст больных в основной группе составил 44,2±14,46 года, в группе сравнения – 44,8±14,43 года, $p=0,057969$, женщин в обеих группах было 20%, мужчин – 80%. Микробиологический спектр раневого содержимого был идентичен в обеих группах, доминирующий инфект - Staph. Aureus (60% - основная группа, 40% - группа сравнения). Больным основной группы дополнительно к комплексу лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (проводимого в соответствии с приказом МЗ РФ № 203 от 26.05.2017) назначали препарат «Полимурамил» по 0,5 мл * 1 раз в сут. в виде внутримышечных инъекций в течение 5 дней. В обеих группах больных на 1-е и 5-е сут. лечения выполнялось измерение линейных размеров раны: длины (l), ширины (d) и глубины (h) в сантиметрах, с расчетом площади раны ($S=l*d$ см²). Оценивались средние значения площади (S) и глубины (h) ран в начале исследования и на 5-е сут., и их процентное соотношение в обеих группах. На ежедневных перевязках оценивались сроки появления грануляций в ране. Методы статистического анализа: Статистическую обработку материала проводили с использованием Microsoft Excel 2007 (Microsoft Corporation). Описательная статистика заключалась в определении среднего значения (СРЗНАЧ) и среднего отклонения (СРЕДОТКЛОН). Для сравнения количественных признаков в

независимых группах применяли U-критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test), в зависимых – критерий Уилкоксона (Wilcoxon matched pairs test, W). Результаты исследования: При сравнении выбранных параметров оценки раны до назначения препарата «Полимурамил» пациентам основной группы значимых отличий между группами не выявлено. В процессе лечения произошло закономерное уменьшение площади ран в обеих группах больных, однако более значимые изменения наблюдались в основной группе: с 23,19±8,31 см² до 1,78±0,54 см² ($p=0,001152$), в группе сравнения: с 20,67±6,68 см² до 3,28±1,25 см² ($p=0,001158$). Глубина ран в основной группе уменьшилась с 3,28±0,64 до 0,37±0,15 см ($p=0,001133$), в то время как во 2-й группе с 3,19±0,68 до 0,62±0,25 см ($p=0,001022$). В итоге, у пациентов основной группы выявлено более выраженное уменьшение площади и глубины ран. Площадь ран в основной группе сократилась на 91,97±2,19% против 83,19±6,19%, в группе сравнения ($p=0,019488$). Глубина ран уменьшилась в основной группе на 88,3±4,72 % против 79,7±8,48 % во 2-й группе ($p=0,033858$). В основной группе пациентов также отмечены более ранние сроки появления грануляций в ранах: в основной группе - на 2,8±1,27 сут., против 3,38±0,74 сут. - в группе сравнения, $p=0,048228$. Значимых отличий других исследуемых параметров в исследуемых группах не обнаружено. Иммунологический раздел работы выполнялся в лаборатории клинической иммунологии МАУ «Клинико – диагностический центр». Материалы и методы исследования: Иммунофенотипирование лимфоцитов с целью определения основных лимфоцитарных субпопуляций осуществляли с использованием моноклональных антител: BD Multitest™ (CD3-FITC/CD16+CD56-PE/CD45-PerCP/CD19-APC; CD3-FITC/CD8-PE/CD45-PerCP/CD4-APC) (BD BioSciences, США); CD3-FITC/HLA-DR+ (IO Test, Immunotech, Франция) на проточном цитофлюориметре FacsCanto II (BD BioSciences, США). Концентрации сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgM, IgA в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии в агаре по Mancini. Для оценки содержания циркулирующих иммунных комплексов использовали метод иммунопреципитации в 4% ПЭГ-6000 с последующей фотометрией на спектрофотометре СФ-2000. Для оценки НАДФ-Н2-оксидазной системы нейтрофилов использовали спонтанный и стимулированный НСТ-тест. Для оценки внутриклеточного киллинга (бактерицидной активности лейкоцитов) и поглотительной активности нейтрофилов и моноцитов

использовали проточноцитометрические методы с использованием FITC-меченного *St. aureus*. Статистическую обработку материала проводили с использованием ППП Statistica 6.0 (StatSoft Inc.). Описательная статистика заключалась в определении медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (25-го и 75-го процентилей, LQ-UQ). Для сравнения количественных признаков в независимых группах применяли U-критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test), в зависимых – критерий Уилкоксона (Wilcoxon matched pairs test, W). Результаты иммунологического исследования: В результате проведенных исследований не выявлено значимых отличий в содержании основных лимфоцитарных субпопуляций, общих иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM классов, циркулирующих иммунных комплексов и показателей, характеризующих поглотительную и бактерицидную активность нейтрофилов и моноцитов, в основной группе по отношению к группе сравнения. Тем не менее, во второй пробе в группе, получавшей полимурамил, выявлено более высокое абсолютное содержание моноцитов (0,331 (0,307-0,384) *10⁹/л против 0,262 (0,242-0,275) *10⁹/л в группе сравнения, $p=0,044686$), что свидетельствует о более высоком потенциале фагоцитарного звена врожденного иммунитета у пациентов на фоне иммуномодулирующей терапии. Заключение: 1. У больных, получавших полимурамил, как составляющую комплекса медикаментозного лечения больных с гнойными заболеваниями мягких тканей, уменьшение площади и глубины раны происходило быстрее по сравнению с группой сравнения. 2. Сроки появления грануляций в ране оказались достоверно более ранними также в основной группе больных. 3. Полимурамил оказал статистически значимое воздействие на абсолютное содержание моноцитов, что опосредованно свидетельствует об активизации фагоцитарного звена иммунитета.

751. Эндоскопические внутрипросветные оперативные вмешательства при субэпителиальных образованиях пищевода

Судовых И.Е. (1), Чикинев Ю.В. (1,2)

Новосибирск

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

Актуальность: Совершенствование диагностических методов, оборудования и эндоскопических оперативных приемов позволяют дифференцировано подходить к предоперационному планированию вида и объема внутрипросветного эндоскопического вмешательства при субэпителиальных образованиях (СЭО) пищевода. Материал и методы: 11 пациентов прооперированы перорально эндоскопически по поводу СЭО пищевода. До операции во всех случаях выполнено эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭндоУЗИ) пищевода. При образованиях небольших размеров проводилось эндоскопическое радиальное ультразвуковое сканирование зондом, крупные новообразования дополнительно сканировали эхоэндоскопом с конвексным датчиком (Olympus UTC140). С учетом планируемого эндоскопического вмешательства мы не старались получить предоперационную гистологическую верификацию и руководствовались данными эндоскопического осмотра, ЭндоУЗИ, в ряде случаев, дополнительно выполняли компьютерную томографию. Выбор метода эндоскопического удаления СЭО пищевода определяли размер и расположение СЭО в структуре слоев стенки пищевода. У 6 пациентов по данным ЭндоУЗИ СЭО исходили из собственно мышечного слоя пищевода (mp), у четырех - из мышечной пластинки слизистой оболочки (tm), в одном случае образование отчетливо определялось в подслизистом слое (sm). Размеры СЭО варьировали от 8мм до 40мм, среднее значение составило 19мм. Полученные результаты: Интраоперационные данные о локализации СЭО во всех случаях совпали с предоперационными. Если СЭО исходили из мышечной пластинки слизистой оболочки, выполняли их удаление методом диссекции в подслизистом слое. Гистологическое исследование препаратов верифицировало зернисто-клеточную миобластому, бронхогенную кисту и два случая лейомиом. В пяти случаях СЭО из

собственной мышечного слоя оказались лейомиомами, еще у одного пациента лейомиома локализовалась преимущественно в подслизистом слое. Лейомиомы удаляли методом диссекции с формированием туннеля в подслизистом слое пищевода (4 случая) или диссекцией после линейной мукотомии над образованием (у 2 пациентов). В одном случае, предполагая у пациента по данным компьютерной томографии (без контрастирования) и ЭндоУЗИ мезенхимальной опухоли, исходящей из собственно мышечного слоя пищевода, мы начали операцию с формирования туннеля в подслизистом слое пищевода, однако, СЭО вскрылось при выполнении диссекции, оказавшись энтерогенной кистой с густым содержимым. Операция завершена широким вскрытием кисты в просвет пищевода с аргонплазменной аблацией ее эпителиальной выстилки и фиксацией стенок к краям раны слизистой оболочки пищевода, рана первичного доступа клипирована. Обсуждение: Пациенты с СЭО пищевода встречаются все чаще. Хотя многие СЭО пищевода не обладают злокачественным потенциалом и не требуют оперативного лечения, пациенты нередко настаивают на их удалении. Внутрипросветная хирургическая эндоскопия пищевода предполагает использование различных методов удаления новообразований, что позволяет дифференцированно подходить к выбору технологии удаления СЭО еще на этапе планирования вмешательства. Однако, несмотря на высокую диагностическую ценность методов лучевой и ультразвуковой диагностики, интраоперационно может возникнуть необходимость изменения первичного плана и объема эндоскопического хирургического вмешательства. Выводы и рекомендации: Эндоскопические внутрипросветные оперативные вмешательства могут выполняться при субэпителиальных образованиях пищевода различной локализации в структуре стенки органа.

752.Первый опыт эндоскопических транспиллярных вмешательств при механической желтухе

*Маршалкин С.М., Пфаненштиль А.В.,
Восканян Э.А., Тулубаев И.Н., Паниев Э.К.,
Зацепин А.А., Кочарян М.В.*

Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница"
г.Пятигорска

Причиной механической желтухи могут быть холедохолитиаз, злокачественные образования поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка(БДС), доброкачественные стриктуры БДС, билиарный панкреатит и др. Восстановление оттока желчи, нормализация билирубина крови является главной задачей лечения этой патологии. Миниинвазивные технологии применяемые для декомпрессии желчных путей, выполненные под ультразвуковым или эндоскопическим контролем, позволяют провести восстановление пассажа желчи и в определенных случаях выполнить радикальное хирургическое вмешательство. Цель исследования: оценить эффективность эндоскопических транспиллярных вмешательств у больных с механической желтухой различного генеза. Материалы и методы. Работа основана на анализе 27 больных с механической желтухой различной этиологии, проходивших обследование и лечение в хирургическом отделении №1 Клинической больницы г.Пятигорска с июня 2017 года. Всем больным проводилось полное биохимическое исследование крови с уровнем билирубина, ультразвуковое исследование брюшной полости, ретроградная холангиопанкреатография(РХПГ), компьютерная томография брюшной полости с ангиографией, дуоденоскопия с биопсией. Эндоскопические транспиллярные вмешательства проводились у больных, как со злокачественными новообразованиями(головки поджелудочной железы, БДС, внепеченочных желчных протоков), так и доброкачественных заболеваний гепатобилиарной зоны(холедохолитиаз, стриктуры БДС, билиарный панкреатит). При злокачественных заболеваниях головки поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков выполнено 13 эндоскопических транспиллярных вмешательств. Из них эндоскопическая папиллосфинктеротомия(ЭПСТ) и стентирование холедоха у 10 больных, первичная установка нитинолового стента одному больному и

у двух больных замена пластикового стента на нитиноловый. 3 больным из этой группы при невозможности доступа через БДС из-за дивертикулов, атипичного расположения дуоденального сосочка применялось комбинированное вмешательство по методике «Рандеву» с антеградным проведением проводника в просвет двенадцатиперстной кишки под рентгенологическим контролем. При доброкачественных заболеваниях (холедохолитиаз, стриктуры БДС, билиарный панкреатит) выполнено 14 эндоскопических транспапиллярных вмешательств. ЭПСТ и литоэкстракция у 7 больных, ЭПСТ, литотрипсия и литоэкстракция у 4 больных, ЭПСТ у 3 больных. Предпочтение отдаем общему обезболиванию. После эндоскопических транспапиллярных вмешательств возникло 2 панкреатита, с одним летальным исходом, с связи с панкреанекрозом. Заключение. Применение эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с механической желтухой позволяет в короткие сроки восстановить пассаж желчи, нормализовать уровень билирубина крови, показывают высокую безопасность и эффективность в диагностике и лечении этой тяжелой патологии.

753. Лечение дефектов длинных трубчатых костей методом тканевой инженерии

*Бордаков П.В. (1), Бордаков В.Н. (2),
Деркачев Д.В. (2), Деркачев В.С. (3)*

Минск

1. кафедра неотложной хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» 2. государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий» 3. кафедра общей хирургии государств

Лечение дефектов длинных трубчатых костей методом тканевой инженерии. Введение Перспективным направлением в биомедицинской технологии является тканевая инженерия (ТИ), которая позволяет не только индуцировать и ускорять регенерацию поврежденных тканей, но и использовать естественные способности организма пациента к восстановлению. Цель исследования.

Основная задача тканевой инженерии в лечении костной патологии - создание искусственных композитов, состоящих из алло- и/или ксеноматериалов в сочетании со стволовыми клетками и биоактивными молекулами (костные морфогенетические белки, факторы роста и т.д.) и способных индуцировать остеогенез. Мезенхимальные стволовые клетки костного мозга человека рассматриваются как основной клеточный материал для обновления и посттравматической регенерации костной ткани и как источник клеток для ТИ. Результат и обсуждение Пациент К., 53 лет, и.б. №78242. поступил с диагнозом: Тяжелая сочетанная минновзрывная травма головы, груди, живота, конечностей. Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Ушиб легких, сердца. Открытый перелом обеих костей голени. Открытый перелом костей правой голени, дефект костной и мягких тканей верхней трети правой голени. Открытый перелом левой большеберцовой кости, дефект костной и мягких тканей коленного сустава и верхней трети левой голени. Травматическая болезнь. Травматический шок III ст. Пациент доставлен в операционную, где на фоне проведения противошоковой, инфузионно-трансфузионной терапии, была выполнена временная остановка кровотечения, путем наложения зажимов на кровоточащие сосуды. По стабилизации состояния, нормализации гемодинамических показателей выполнялась ПХО ран, стабилизация переломов правой большеберцовой и малоберцовой костей, левого коленного сустава, бедренной, большеберцовой костей аппаратами внешней фиксации. Согласно концепции травматической болезни и принципа многоэтапности лечения сочетанной травмы, в последующем неоднократно проводились повторные хирургические обработки ран обеих голеней, аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом. Спустя 23 дня после забора материала под спинальной анестезией произведена операция: замена аппарата внешней фиксации на внеочаговый компрессионно-дистракционный аппарат остеосинтеза костей левой голени по Илизарову, трансплантация остаточной костной дефекта верхней трети левой большеберцовой кости многокомпонентным биотрансплантатом на основе гидроксиапатитного материала «КоллапАн», растворимых факторов роста, аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (в количестве 40x106) и фибринового клея «Фибриностат-М». На фоне существующего дефекта костной ткани левого коленного сустава, осуществлена костномозговая пункция гребня крыла подвздошной кости, аспирировали костный мозг в количестве 40 мл из

и не только хирургического. Необходим УЗ аппарат или специалист с аппаратом, который будет работать совместно с хирургом. Касательно работы уролога, проктолога – можно проводить манипуляции в хирургических кабинетах, но это создаст перегрузку кабинетов, очередность. Желательно, чтобы были самостоятельные кабинеты. Раздел травматологии и ортопедии. Традиционно работают амбулаторные травматологические пункты. В них оказывается достаточно большой объем помощи. При наличии кабинета и оснащения – даже реабилитация. Что касается ударно-волновой терапии (очень дорогое оборудование) и озонотерапии – это нужно обсуждать. В свете последних данных, озон относится к активным формам кислорода, разрушает эндотелий и митохондрии клеток. Сегодня сложилась ситуация, когда амбулаторная хирургия должна перейти на новый уровень оказания хирургической помощи, шире внедрять достижения техники и науки. В профессиональный рост врачей, разработку новых идей по повышению эффективности диагностики и лечения хирургических больных, достойный вклад могут внести опытные врачи, преподаватели вузов, в том числе системы последипломного образования.

755. Сравнение различных методов лечения больных с изолированной травмой печени

Шабунин А.В., Греков Д.Н., Тавобилов М.М., Дроздов П.А.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с травмой печени путем применения дифференцированного подхода. Материал и методы: С января 2008 по декабрь 2017 года в отделении хирургии печени и поджелудочной железы находились 282 больных с травмой печени. Согласно классификации AAST распределение больных было следующим: I класс - 71 (25,2%), II класс - 87 (30,9%), III класс - 79 (28,2%), IV класс - 36 (12,8%), V класс - 8 (2,9%). Лапаротомия/лапароскопия выполнена 220/282 больным (78%). До мая 2014 года

диагностированная травма печени с гемоперитонеумом являлась показанием к оперативному вмешательству, вне зависимости от степени кровопотери. С мая 2014 года стали применять алгоритм, основанный на принципах неоперативного лечения (НОЛ) при абдоминальной травме. НОЛ применено 62/282 больным (22%), из них у 26/62 больных (41,9%) проведена ангиография с селективной эмболизацией. Результаты: При сравнении результатов оперативного лечения (группа 1), консервативной терапии (группа 2) и селективной эмболизации (группа 3) мы получили следующие данные: средний койко-день был соответственно 20,3; 7,4; 12,2 ($p=0,092$), средний койко-день в ОРИТ составил соответственно 3,5; 0; 2,8 ($p=0,01$), послеоперационные осложнения составили соответственно: 16,9%; 0%; 6,4% ($p=0,01$), летальность соответственно: 6,15%; 0%; 0% ($p=0,01$), средняя стоимость лечения: 6170,2 USD, 1081,5 USD, 4 698 USD ($p=0,002$). Выводы: Проведение по строгим показаниям НОЛ при изолированной травме печени эффективно, безопасно и экономически целесообразно.

756. Имплантационные рецидивы доброкачественных заболеваний щитовидной железы в мягких тканях шеи

Романчишен А.Ф.(1), Гостимский А.В.(2), Акинчев А.Л.(1), Карпатский И.В.(2)

Санкт-Петербург

1. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (СПбГПМУ) Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кафедра госпитальной хирургии

Актуальность. Возможность появления имплантационных метастазов в мягких тканях шеи в области послеоперационной раны хорошо известна и характерна для агрессивных низкодифференцированных вариантов злокачественных новообразований щитовидной железы в случае несоблюдения правил абластики в ходе операций (Gaoa L. et al., 2017).

Имплантационные рецидивы доброкачественных заболеваний этого органа являются крайне редкой патологией. Теоретически возможность развития имплантационных рецидивов узлового зоба подтверждает мировой опыт использования гетеротопической аутотрансплантации ткани щитовидной железы. Причем, если раньше для этого применялась просто измельченная ткань, то в последние годы встречаются публикации об инъекции клеточной суспензии, например, в мышцы бедра (Mohsen A.A. et al., 2017). При анализе мировой литературы описано около 15 наблюдений имплантационных рецидивов доброкачественной тиреоидной патологии. Так, например, R.H. Narach et al. (2004) сообщили о 7 наблюдениях нахождения эктопированной ткани щитовидной железы в мягких тканях шеи у ранее оперированных больных по поводу доброкачественных заболеваний. В одном случае отмечено возникновение участков эктопии после закрытой тяжелой травмы шеи. Есть сообщения о возникновении рецидивов по ходу дренажного канала, устанавливаемого в ложе щитовидной железы. Особый интерес представляют появляющиеся в последнее время публикации о возникновении имплантационных рецидивов, иногда множественных, после эндовидеохирургических и роботизированных операций на щитовидной железе. По всей видимости, протаскивание тиреоидной ткани через достаточно длинный и узкий манипуляционный канал может приводить к диссеминации тиреоидных клеток по его ходу. Материал и методы. В Санкт-Петербургском Центре эндокринной хирургии и онкологии с 1973 по 2017 гг оперировано 33520 больных различными видами тиреоидной патологии, в том числе 1709 больных рецидивным зобом. В 3 случаях рецидивы выявлены в мягких тканях шеи в области старого послеоперационного рубца. Средний возраст больных составил $73,7 \pm 2,44$ года. Все больные женщины, первично оперированные в различных клиниках г. Санкт-Петербурга. Результаты и обсуждение. С момента первой операции до обращения по поводу рецидива прошло 14, 20, 25 лет. Все больные перенесли органосохраняющие операции по поводу многоузлового зоба, находились в эутиреоидном состоянии к моменту обращения. После первичных операций в гистологическом материале в 2 случаях выявлен коллоидный зоб, в 1 – фолликулярная аденома на фоне микромакрофолликулярного зоба. Имплантационные рецидивы у всех больных располагались на стороне удаленной доли щитовидной железы: в 2 случаях в подкожной клетчатке, в одном – в коротких мышцах шеи. Размер узлов составил около 2,5 см, они четко

контуривались на передней поверхности шеи. Цитологически при тонкоигольной аспирационной биопсии у всех больных получен коллоидный зоб. В случае возможности (1 больная) проводился пересмотр первичного гистологического материала. Этот этап важен, так как в литературе имеются сообщения об аналогичных ситуациях, где морфологами при первичном анализе были пропущены фокусы злокачественного роста. Двум больным выполнено удаление имплантационных рецидивов. Гистологическое заключение соответствовало цитологическому. Одна больная, обратившаяся в клинику в 2016 году, отказалась от операции и находится под наблюдением. Выводы: Анализ данных литературы и собственных клинических наблюдений показывает, что имплантационные рецидивы узлового зоба возможны и в их развитии, в первую очередь, играет техника оперирования, соблюдение требований абластики и антибластики. Имплантационные рецидивы доброкачественных заболеваний щитовидной железы, по нашим наблюдениям, возникали у лиц старшей возрастной группы. Сроки появления рецидива составляли более 13 лет. При возможности необходим пересмотр первичного гистологического материала, особенно в случае раннего возникновения имплантационного рецидива, на что указывают данные литературы.

757.УЗИ-контроль до и после установки кавафилтра онкологическим больным

Черкасов В.А., Снеговой А.В., Мецаева Н.Д.

Москва

ФГБУ НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина

Актуальность – необходимость проведения профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий (ТЭЛА), при наличии показаний, не вызывает сомнения; имплантация кавафилтра (КФ) в нижнюю полую вену (НПВ) является одним из эффективных методов этой профилактики. Одним из наиболее точных, наглядных и неинвазивных методов диагностики и дальнейшего контроля в ходе лечения больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями является УЗИ. Цель – оценить эффективность использования

имплантации различных моделей КФ, как способ профилактики ТЭЛА с помощью УЗИ-контроля. Материал и методы. С 2003 года по декабрь 2017 года включительно в «НМИЦО им.Н.Н.Блохина» 1291 больному был имплантирован кавафильтр (КФ) «Корона» с целью профилактики ТЭЛА. Результаты. В подавляющем большинстве случаев определяющим методом диагностики тромбоза вен в бассейне нижней полой вены было УЗИ с использованием эффекта Допплера. В дальнейшем практически всем больным проводился многократный УЗИ-контроль с целью оценки течения тромботического процесса в ходе лечения. У 15% больных под кавафильтром выявлялись тромбоэмболы в различную фазу тромбозиса (в зависимости когда этот УЗИ-контроль выполнялся). У 3-х больных, которым временно было невозможно проводить адекватную антикоагулянтную терапию, тромботические массы распространялись над кавафильтром. ТЭЛА у этих больных не было. После возобновления адекватной антикоагулянтной терапии тромботические массы лизировались. У 6 (0,5%) больных произошла ТЭЛА – у пяти больных на фоне декомпенсированного ДВС-синдрома и у одной больной – опухолевыми массами, проросшими сквозь КФ по просвету НПВ. У трёх больных (0,23%) с ДВС-синдромом ТЭЛА послужила причиной смерти. Обсуждение. С помощью УЗИ как на амбулаторном этапе, так и в стационаре, осуществляется точная и, главное, безопасная (неинвазивная) диагностика венозных тромбоэмболических осложнений у онкологических больных. УЗИ-контроль после имплантации кавафильтра в нижнюю полую вену зачастую даёт исчерпывающий ответ о течения тромботического процесса в ходе лечения. При этом, если отмечается отрицательная динамика, выявляются основания для коррекции лечения. По данным доступной нам литературы развитие самостоятельного тромбоза на КФ не доказано. Проведение адекватной антикоагулянтной терапии предотвращает его у 98% больных. У наших 3-х больных после коррекции антикоагулянтного воздействия удалось лизировать тромботические массы, проникшие сквозь кавафильтр, что было чётко зафиксировано при УЗИ-контроле. Выявление у ряда пациентов с помощью УЗИ и КТ тромботических масс на уровне КФ в различной стадии лизиса нельзя отнести к осложнению имплантации КФ. Ведь КФ для того и устанавливается, чтобы задерживать тромбоэмболы, предупреждая попадание их в лёгочные артерии. Вот ТЭЛА, которая имела место у больных с декомпенсированным ДВС-синдромом, а также опухолевыми массами, условно можно расценить как осложнение после имплантации КФ.

Наш опыт показал, что все онкологические больные должны быть подвергнуты УЗИ диагностике с целью выявления венозных тромбоэмболических осложнений. Практика динамического УЗИ-наблюдения позволяет не только выявлять тромботические осложнения в ходе лечения, но и даёт основание для коррекции лечения. Выводы. Результаты УЗИ диагностики как до, так и после проведения профилактики ТЭЛА с помощью имплантации КФ «Корона» свидетельствуют о высокой диагностической эффективности этого неинвазивного метода диагностики.

758. Хирургическое лечение лимфатических мальформаций шейно-медиастинальной локализации

Рябов А.Б., Пикин О.В., Трунов В.О., Александров О.А.

Москва

1 Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина, 2 Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена, 3 Морозовская детская больница

Актуальность. Лимфатическая мальформация – редкая патология, вовлекающая патологически измененные в результате дисэмбриогенеза лимфатические сосуды. Локализация в средостении встречается крайне редко, в литературе описаны лишь единичные клинические наблюдения. Большая часть лимфатических мальформаций средостения манифестирует во взрослом возрасте, приводя к сердечно-легочным нарушениям. Материалы и методы. Хирургическое лечение по поводу лимфатической мальформации шейно-медиастинальной локализации выполнено 3 больным, среди которых два ребенка 4 и 7 лет, один взрослый 42 лет. В двух случаях заболевание протекало бессимптомно, в одном случае наблюдалась клиника острой дыхательной недостаточности в связи с выраженным смещением органов средостения. Все пациенты комплексно обследованы, при компьютерной томографии органов грудной клетки образование имело четкий ровный контур, кистозное содержимое. Всем

пациентам выполнено цитологическое и биохимическое исследование содержимого кистозного компонента. В одном случае медиастинальная порция кисты содержала хилус, при лимфографии диагностировано сообщение полости кисты с грудным лимфатическим протоком. Двум из трех пациентов хирургическое лечение выполнено по поводу местного рецидива. Результаты. У всех пациентов выполнено хирургическое удаление образования в пределах здоровых тканей. В двух случаях в качестве хирургического доступа выполнена L-образная стерноторакотомия, в одном случае медиастинальная порция мобилизована торакоскопически с последующим удалением шейной порции из шейного доступа. Пациентке с выявленным сообщением с грудным лимфатическим протоком на первом этапе выполнено торакоскопическое клипирование грудного лимфатического протока. Послеоперационный период протекал без осложнений у двух пациентов, в одном случае в связи с развившемся хилотораксом, рефрактерным к консервативным методам лечения выполнено торакоскопическое клипирование грудного лимфатического протока. Максимальный срок наблюдения составил 2 года, ни у одного из пациентов не отмечено рецидива заболевания. Заключение. Основной метод лечения лимфатических мальформаций больших размеров – полное хирургическое удаление. Не радикальный характер операции приводит к развитию рецидивов в 90% случаев. На предоперационном этапе обязательно к выполнению цитологическое, биохимическое исследование содержимого. При медиастинальной форме лимфатической мальформации с хилезным содержимым показано проведение лимфографии для исключения связи с центральными лимфатическими путями. L-образный стерноторакотомный доступ позволяет выполнить безопасное удаление образований шейно-медиастинальной локализации больших размеров. Отдаленный прогноз благоприятный при радикально выполненном хирургическом лечении.

759. Применение протокола ускоренного выздоровления пациентов (FAST TRACK) с раком ободочной и прямой кишки

Зубрицкий В.Ф., Колтович А.П., Квитка Ю.Т., Воронин А.А., Миргородская А.И., Сагиров И.А.

Москва

ГКГ МВД РФ

Цель работы – повысить эффективность лечения пациентов с раком ободочной и прямой кишки за счет внедрения протокола ускоренного ведения пациентов. Проанализированы результаты лечения 200 пациентов с раком ободочной кишки. Все пациенты были разделены на 2 группы: основную (проспективную) – 63(31,5%) человека, в которой лечение осуществлялось с соблюдением протокола ускоренного выздоровления пациентов и контрольную (ретроспективную) – 137(68,5%) человек, ведение в которой осуществлялось традиционным образом. Средний возраст больных в основной группе составил 64,3±5,6 года (от 28 до 76 лет), в контрольной – 65,6±3,4 года (от 39 до 89 лет). Более 60% пациентов былиотягощены полиморбидностью с наличием 2-3 сопутствующих хронических заболеваний. Больным обеих групп до операции выполнялось стандартное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. По локализации у 12 (6%) человек диагностирована опухоль слепой кишки, 34 (17%) – восходящей ободочной кишки, у 16 (8%) – поперечной ободочной кишки, 22 (11%) – нисходящей ободочной кишки, 44 (22%) – сигмовидной кишки, 72 (36%) – прямой кишки. Распределение больных по стадиям опухолевого процесса в основной группе показало, что I стадия была диагностирована у 13 (6,5%), II – 51 (25,5%), III – 77 (38,5%), IV – 59 (29,5%) человек. Пациенты обеих групп были сопоставимы по локализации опухоли, стадиям заболевания и особенностям хирургического вмешательства. Применяемый протокол ускоренного выздоровления пациентов включал в себя следующие положения: информирование пациента, составление плана реабилитации; отсутствие механической подготовки кишечника перед операцией; питье прозрачных жидкостей утром за 4 часа до операции; использование эпидуральной анальгезии при открытых операциях; отсутствие или раннее (до 24ч после операции) удаление дренажей; по возможности использование лапароскопической методики операции; отсутствие назогастроинтестинальной

интубации; раннее (в 1 сутки после операции) кормление больного; ранняя (в 1 сутки после операции) активизация больного; мультимодальное обезболивание; отказ от опиоидных анальгетиков; уменьшенный объем инфузионной терапии и ранняя ее отмена. Хирургические вмешательства распределялись следующим образом: в основной группе у 26 (41,3%) операции выполнены лапароскопически, в контрольной у 28 (20,4%). Передняя резекция прямой кишки – 56 (28%) больным, правосторонняя гемиколэктомия выполнена 39 (19,5%), резекция сигмовидной кишки – 36 (18%), левосторонняя гемиколэктомия – 23 (11,5%), операция Гартмана – 16 (8%), закрытие колостомы после обструктивных резекций кишки – 13 (6,5%), резекция поперечной ободочной кишки – 12 (6%), экстирпация прямой кишки 5 (2,5%). Абсолютное число пациентов основной группы начинало раннее энтеральное питание через 24 часа после операции, в контрольной группе на 5-7 суток. Среднее время нахождения пациентов в палате интенсивной терапии в основной группе составило $1,3 \pm 1$ суток, контрольной $3,5 \pm 1,5$ суток ($p < 0,05$). Дренажи брюшной полости использовались у 38 (60,3%) больных основной группы и у всех 137 (100%) человек контрольной группы. Сроки удаления дренажей в основной группе составили $1,0 \pm 1$ сутки, контрольной $4,5 \pm 1,5$ суток ($p < 0,05$). Время стояния мочевого катетера в основной группе до 1,0 суток, контрольной $3,5 \pm 1$ суток ($p < 0,05$). Опиоидные анальгетики использовались у 21 (33,3%) пациентов основной группы и у всех 137 (100%) контрольной ($p < 0,05$). Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 3 (4,8%) человек основной группы, 12 (8,6%) в контрольной ($p < 0,05$). Средний послеоперационный койко-день в основной группе составил $8,3 \pm 1,4$ суток, контрольной $15,2 \pm 1,7$ ($p < 0,05$). Летальность в основной группе составила: 1 (1,6%) человек, контрольной 10 (7,3%). Таким образом, применение программы ускоренного выздоровления пациентов оперированных по поводу колоректального рака позволяет уменьшить частоту развития осложнений и летальности, снижается срок госпитализации и повышается качество жизни и удовлетворенность лечением больных.

760. Опыт выполнения обструктивных резекций кишки при острой кишечной непроходимости

*Шурыгина Е.И.(1), Баранов А.И.(1), Яроцук С.А(2),
Лещинин Я.М.(3), Каташева Л.Ю(1),*

Новокузнецк

1-НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, 2-ГБУЗ КО Новокузнецкая
горская клиническая больница № 29,
3-ГБУЗ КО Новокузнецкая горская
клиническая больница № 1

Совершенствование способов и поиск новых методов наложения межкишечных анастомозов при выполнении резекции кишки является одним из направлений современной хирургии. Наложение однорядного прецизионного шва, применение сшивающих аппаратов, клеевых смесей применимо только в плановой хирургии. Укрепление кишечного шва в экстренной хирургии не менее актуально. Существующие методики изоляции кишечного анастомоза от брюшной полости или наложение кишечных стом для отведения содержимого наружу с последующим отсроченным наложением кишечного анастомоза в условиях купированного перитонита обусловлено высокой частотой несостоятельностью кишечного анастомоза в условиях перитонита достигающей более 60 %. Литературные данные, свидетельствует о высокой летальности составляющей 70% от всех пациентов. Малоподвижность кишки, короткая брыжейка, перегибы кишки с нарушением эвакуации, создают проблемы в послеоперационном периоде. Таким образом, тактика оперативных пособий при острой кишечной непроходимости в условиях притонита остается актуальной во всех возрастных группах. Цель исследования – Оценить результаты выполнения обструктивных резекций кишки при острой кишечной непроходимости. Материалы и методы. Проведен анализ 401 истории болезни пациентов пролеченных в ГБУЗ КО «Новокузнецкой городской клинической больницы №29» за период с 2011 года по 2017 год с острой кишечной непроходимостью. Все пациенты разделены на 4 группы по основному диагнозу: странгуляционная кишечная непроходимость (10 пациентов – 2,5%), обтурационная тонкокишечная непроходимость (4 пациента – 1%), обтурирующая опухоль восходящего отдела толстой кишки (10 пациентов – 2,5%) и спаячная тонкокишечная непроходимость (377 пациентов – 94%). В лечении пациентов использовались оперативные пособия с наложением первичного анастомоза и выполнение

обструктивной резекции пораженного участка кишки с отсроченным наложением анастомоза. При анализе учитывался критерий-результат лечения. Обработка статистических данных проводилась помощью пакета программ SPSS 19 с выявлением достоверности различий при использовании двустороннего варианта точного критерия Фишера. Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты поступали по экстренной помощи с диагнозом острой кишечной непроходимости. 42,1% из них были мужчины, 57,9% - женщины. Диагноз основывался на клинической картине, данных объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методах исследования. Первую группу пациентов вошли 10 человек, из них 20% (2 пациента) – мужчины, 80% (8 человек) – женщины. Резекция кишки с наложением первичного анастомоза выполнена у 6 (60%) больных-умерло 3(50%) больных, без наложения анастомоза у 4(40%) больных, умер 1(25%) больных. Вторая группа составила 4 пациента 50% (2 пациента) – мужчины, 50% (2 пациента) – женщины. 3 пациентам выполнена резекция с наложением первичного анастомоза в одном случае резекция кишки без наложения первичного анастомоза. Исход заболевания: в 100% случаев отмечается выздоровление. Третья группа 10 пациентов, из них 60% (6 пациентов) – мужчины, 40% (4 пациента) – женщины. Летальный исход наступил у 2(28,6%) пациентов с наложением первичного анастомоза вследствие его несостоятельности и прогрессирования перитонита и полиорганной недостаточности. Четвертая группа 377 пациентов, из них 42,2% (159 пациентов) – мужчины, 57,8% (218 пациентов) – женщины. Оперативное пособие с наложением первичного анастомоза выполнено у 298 пациентов, летальность составила 6,1%(18 пациентов). При выполнении обструктивной резекции в качестве первого этапа с отсроченным наложением анастомоза оперировано 79 больных, умерло 2 (2,5%), у 1 пациента - летальный исход в первые сутки. Выводы. Анализ результатов выполнения двухэтапной тактики ведения больных с острой кишечной непроходимостью когда на первом этапе выполняется обструктивная резекция кишки с наложением анастомоза в отсроченном порядке после купирования перитонита показал снижение летальности с 7,26% до 2,7%. Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать обструктивную резекцию тонкой кишки как способ лечения осложнений острой кишечной непроходимости, альтернативный традиционной хирургической тактики.

761.Преимственность в лечении хирургических больных

Магомадов Р.Х., Хачмамук Ф.К.

Москва

Центр амбулаторной хирургии, городская
клиническая больница №13

Реформа в здравоохранении Российской Федерации проводится в последние 30 лет. Внедрение любого нового организационного или технологического вида медицинской помощи основывается на степени его медицинской и экономической эффективности, социальной востребованности. Многоуровневая система оказания медицинской помощи, оптимизация коечного фонда хирургического профиля выявила острую необходимость более активного внедрения стационарозамещающих форм медицинской помощи в лечение хирургических больных. В целях дальнейшего совершенствования организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы создана трехуровневая система оказания амбулаторной помощи (Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 10 сентября 2012 г. N 983): 1. Первый уровень - амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие некоторые наиболее востребованные виды первичной специализированной медико-санитарной помощи. Многоуровневый подход в оказании хирургической помощи дала возможность рациональнее использовать имеющийся кадровый состав. Появилась возможность без предварительных договоренностей перенаправлять больных с хирургической патологией внутри АПЦ в зависимости от загруженности хирурга. Наиболее сложные пациенты в установлении диагноза и определении тактики лечения направляются в головные центры. Но с связи оптимизацией появилась одна насущная проблема: штатные нормативы. Приказ МЗ РФ от 15.05.2012г. №543 «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» Приложение №2 «Рекомендуемые штатные нормативы поликлиники» Хирург 0,65 ставки на 10 000 прикрепленного населения. Приказ МЗ РФ от 15.11.2012г. №922н «Об утверждении Положения оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» Приложение №2 «Рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача хирурга» Хирург 1,0

ставки на 10 000 прикрепленного населения. Последние годы вследствие урбанизации и компактной застройки новых районов мегаполисов половозрастной состав населения сильно варьирует. Именно поэтому в зависимости от структуры заболеваемости на прикрепленной территории руководители медицинских учреждений сами решают вопрос штатного состава вверенных им учреждений. Департамент здравоохранения в своей территориальной программе госгарантий определил только предельные сроки доступности к специалистам (5 календарных дней). Нам мой взгляд, одного этого критерия крайне недостаточно, потому что можно впасть в другую крайность. В целях экономии финансовых средств руководители могут установить минимальный шаг на один прием, к примеру, 10 минут. Прием врача – это не просто документооборот, и загонять его в столь узкие временные рамки значить губить в нем всякий творческий процесс врачевания. При 10 минутах на прием врач будет только и делать, что давать направления на рентген, УЗИ, МРТ, анализы и, конечно же, направлять на разные нужные и ненужные консультации. Поэтому, мне кажется, что на прием врача специалиста необходимо время как минимум 15 минут. За это время он сможет тщательно осмотреть больного, провести дифференциальную диагностику и определить нужный алгоритм дальнейшего обследования и лечения.

2. Второй уровень - амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие в основном первичную специализированную медико-санитарную помощь (амбулаторные центры). Для реализации своих задач амбулаторный центр организует и осуществляет первичную специализированную помощь прикрепленному населению, используя любые виды стационарзамещающих технологий. Однако, с внедрением подушевого финансирования хирургическая помощь амбулаторно-поликлинических центрах претерпела кардинальные изменения. Никакими обязывающими документами руководителям медицинских учреждений не вменено выполнение оперативных вмешательств в АПЦ. На сайте МГ ФОМС есть медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях в рамках ОМС. Услуга 3051 - удаление инородного тела мягких тканей, 3052 - вскрытие гематом, флегмон, абсцессов, 3053 - удаление доброкачественной опухоли кожи, мягких тканей, слизистой оболочки. На том же сайте стационарному лечению подлежат: инфекция кожи и подкожной клетчатки, гнойные заболевания аноректальной и ягодичной области,

пилонидальная киста, триходермальная киста (L02, L03, L04, L05, L72) и т.д. Доброкачественные новообразования жировой, соединительной и других мягких тканей. Липома. Доброкачественные дисплазии молочной железы. (D17, D21, D23, D24, D36). При этом, за медицинскую помощь, которая оказана в амбулаторных условиях АПЦ никак не оплачивается. А лечение тех же заболеваний в стационарных условиях оплачивается очень даже не плохо: 1. Инфекция кожи и подкожной клетчатки - 62 014,17 рублей 2. Гнойные заболевания аноректальной и ягодичной области, пилонидальная киста - 35 719,93 рублей 3. Воспалительные болезни молочной железы, кожи туловища и конечностей - 30 017, 50 рублей 4. Доброкачественные новообразования жировой, соединительной и других мягких тканей. Липома - 9 954,22 рублей 5. Доброкачественные дисплазии молочной железы 14 253,14 рублей. И, самое главное, нет никаких регламентирующих критериев, где кого лечить. Естественно, любой руководитель АПЦ прикроет всякую оперативную деятельность. Если мы хотим освободить дорогостоящие койки круглосуточного стационара, то необходимо решить два вопроса: оплата услуги в АПЦ и определить критерии, разграничивающие, кого и где оперировать. 3. Третий уровень - консультативно-диагностические отделения и центры, являющиеся структурными подразделениями стационарных лечебно-профилактических учреждений. На этом уровне сегодня в Москве активно развиваются стационары кратковременного пребывания (СКП). После предоперационного обследования пациенты направляются в СКП, где им проводится оперативное лечение с досуточным пребыванием. На послегоспитальное долечивание, восстановительное лечение или динамическое наблюдение из специализированных центров пациенты направляются в амбулаторные центры или городские поликлиники. И снова стационары получают полный МЭС, а поликлиники остаются ни с чем, плюс еще расходы на обследование и долечивание. Таким образом, дополнительное финансирование стационарзамещающих технологий мотивировало бы руководителя АПЦ для дальнейшего развития амбулаторной хирургической помощи, освободило бы дорогостоящие стационарные койки, сэкономило бы финансовые ресурсы для органов здравоохранения.

762. Комбинированное повреждение желчных протоков*Расулов Н.А., Мухиддинов Н.Д., Мансуров У.У.*

Душанбе

ГОУ ИПО в СЗ РТ

Актуальность. В настоящее время твёрдо установлено, что основным методом лечения желчнокаменной болезни и её осложнений является холецистэктомия [Гальперин, Э.И. 2010]. Среди осложнений холецистэктомии наиболее трагичным для больного и хирурга считается повреждение внепеченочных жёлчных протоков, которое наблюдается в 0,5 – 1,4% [Шаповальянц, С.Г. 2005, Акбаров, М.М.2008]. Ещё более угрожающим является комбинированное повреждение внепеченочных жёлчных протоков и сосудов, которое является главной причиной высокой частоты неудовлетворительных результатов лечения и летальности. Материал и методы. В настоящей работе анализируются результаты лечения 14 больных с комбинированными повреждениями жёлчных протоков и ветвей общей печеночной артерии при выполнении холецистэктомии за период с 2007 по 2017 г. Среди наблюдавшихся женщин было 12 (86%), мужчин – 2 (14%). Возраст пациентов составил от 37 до 69 лет. В 8 (57%) наблюдениях повреждение отмечены при открытых традиционных холецистэктомии, а в 6 (43%) при лапароскопической холецистэктомии выполненных в лечебных учреждениях Республики Таджикистан. Предоперационное обследование, кроме общепринятых клинических и лабораторных методов, включало: УЗИ органов брюшной полости, методы прямого контрастирования жёлчевыводящих путей (эндоскопическая ретроградная, чрескожная чреспеченочная или фистулохолангиография), доплеровскую ультрасонографию или компьютерную томографию (КТ), а также магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ). Тип повреждения определяли согласно классификации Н. Bismuth. Результаты. Субоперационное повреждение жёлчных протоков было обнаружено у 4 больных, при этом лишь в одном случае было заподозрено повреждение общей печеночной артерии, однако её ревизия не производилась. В раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) наличие окклюзии ветвей печеночной артерии диагностировано у 3 (21%) больных, в поздние

сроки от 8 до 518 суток – у 7 (50%) больных. Высокие повреждения – III – IV типов отмечено у 9 (64%) больных. Повреждение сосудов установлено при выполнении динамического УЗИ с доплерографией сосудов печени (n=3), ангиографии (n=2) и КТ (n=5). В 4 наблюдениях при доплерографии обнаружена отсутствие кровотока по собственной печеночной артерии обусловленной её окклюзией, в 4 (28,5%) – правой и в 1 (7%) – левой печеночной артерии. До поступления в клинику пациенты перенесли от 1 до 4 оперативных вмешательств (кроме холецистэктомии) по поводу ликвидации возникших в связи с повреждением протоков осложнений – обтурационная желтуха, жёлчного перитонита, внутрибрюшных абсцессов. Детальная изучения клинического течения показало, что наряду с типичными для повреждения протоков синдромов (обтурационная желтуха, перитонит, наружный жёлчный свищ), высокий удельный вес имели осложнения, связанные с ишемией печени некроз и абсцессы печени (n=14) и билиарный сепсис (n=6). Интраоперационное повреждение жёлчного протока было обнаружено у 4 больных, у остальных 10 в сроки от 3 суток до 4 месяцев. Повреждение коррегированы формированием анастомоза между пересеченными концами протока по типу конец в конец на Т – образном дренаже (n=2) и гепатикоеюноанастомоза (n=1) и у 1 операция была завершено наружным дренированием жёлчных протоков. После восстановительных операций (n=2) наблюдались несостоятельность швов билиобилиарных анастомозов. В 2 наблюдениях через 3 недели после операции в связи с развитием множественных инфарктов и абсцессов печени (рис. 1), выполнены некрэктомия левой доли печени при её некрозе (рис. 2), дренирование абсцессов печени и наружное дренирование общего печеночного протока (больная умерла). Выводы. Для диагностики комбинированных повреждений жёлчных протоков и сосудов целесообразно проведение интра- и послеоперационной динамической УЗИ с доплерографией сосудов печени. Индивидуально – активная хирургическая тактика с учётом функционального состояния печени и жёлчных протоков позволяют в каждом конкретном случае выбрать патогенетически обоснованный метод лечения.

763. Артроскопические вмешательства на плечевом суставе в стационаре кратковременного пребывания при поликлинике за 3 года

Шевченко Д.С.(2), Самодай В.Г.(1), Рудой В.Г.(1,2)

Воронеж

1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко 2) Воронежская городская клиническая поликлиника № 7

Актуальность. В настоящее время внедрение перспективных технологий и материалов, создание новых имплантов в травматологии и ортопедии, а также улучшение качества анестезиологического пособия позволило ряд малотравматичных операций производить в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) при поликлинике. К таким операциям относятся артроскопические вмешательства на крупных суставах и, в частности, выполнение артроскопических операций при внутрисуставных повреждениях и дегенеративных изменениях в плечевом суставе. Цель. Доказать возможность выполнения артроскопических операций при внутрисуставных повреждениях и дегенеративных изменениях в плечевом суставе в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания при поликлинике. Материалы и методы. С 2014 г в СККП при Воронежской городской клинической поликлинике №7 мы выполнили 25 артроскопических операций при заболеваниях и повреждениях плечевого сустава. Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом в положении пациента «пляжное кресло» с тракцией за оперируемую конечность грузом 3 кг. В шести случаях выполнили артроскопический шов ротаторной манжеты с использованием металлических якорей TWINFIX размером 3,5 мм. Всем пациентам производили иссечение субакромиальной сумки, тенотомию сухожилия бицепса. В двух случаях сухожилие было подшито к мягким тканям. Оперированную конечность фиксировали в тугоре с отведением плеча под 45 градусов. Трех пациента выполнили операции по поводу приводящей контрактуры плечевого сустава, адгезивного капсулита, субакромиального бурсита. Непосредственно перед операцией после развития анестезии производили реддрессацию сустава. Артроскопически выполняли иссечение ротаторного интервала, синоэктомию, рассечение капсулы сустава по периметру, тенотомию измененного сухожилия длинной головки бицепса,

субакромиальную декомпрессию с достаточной резекцией передненижней поверхности акромиона. Разработку движений после операции рекомендовали максимально рано, учитывая при этом возраст, исходную степень контрактуры сустава, интенсивность послеоперационных болей. У шести пациентов при артроскопии выявлены теносиновит сухожилия бицепса, повреждение заднее-верхнего отдела суставной губы гленоида (SLAP). До операции пациенты предъявляли жалобы на боли, хруст в плечевом суставе, «щелчки» при наружной ротации и отведении плеча. В ходе операции выполнили резекцию, абразию поврежденных фрагментов губы, тенотомию бицепса с последующим тенодезом экстаартикулярно на передней поверхности плечевой кости при помощи биодеградируемого якорного фиксатора LUPINE. При хронической нестабильности сустава трем пациентам выполнена рефиксация передне-нижнего сегмента суставной губы гленоида. Поврежденный фрагмент и капсулу сустава подшивали к двум фиксаторам LUPINE. После этих операций производили иммобилизацию мягкой тканью повязкой до трех недель с последующей разработкой сустава. У семи пациентов с привычным вывихом плечевого сустава и значительным дефектом передне-нижнего отдела гленоида мы выполнили открытую пластику переднего отдела сустава. Из них 3 операции произвели по методике Бойчев II, и 4 - транспозиции клювовидного отростка лопатки с общим сухожилием в зону костного дефекта гленоида (операция Латарже-Бристону). После операции пациентам рекомендовали иммобилизацию оперированной конечности в повязке Дезо до шести недель. Результаты. В послеоперационном периоде все пациенты отмечали увеличение объема движений в суставе, восстановление мышечной силы, уменьшение боли, отсутствие ощущения «хруста». Рецидивов нестабильности не было. В двух случаях после шва застарелого обширного разрыва вращательной манжеты при уменьшении болевого синдрома удалось добиться увеличения отведения плеча лишь на 30 градусов. Субъективно результатом лечения пациенты остались удовлетворены. У одной пациентки 75 лет с выраженной контрактурой плечевого сустава, из-за опасения совершить во время операции ятрогенный перелом плечевой кости, не удалось выполнить реддрессацию сустава и все необходимые манипуляции. Увеличение объема движений оценили как неудовлетворительное, уменьшение болей незначительное. После тенодеза сухожилия длинной головки бицепса у одной пациентки возникла серома послеоперационного рубца,

которая была удалена. Объем движений восстановлен. Выводы. Внедрение современных стационароразмещающих технологий позволяет выполнять артроскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями и повреждениями плечевого сустава в условиях СККП при поликлинике. Это снижает экономические затраты на лечение и способствует уменьшению очередности на оперативное лечение в травматологических и ортопедических отделениях больничных учреждений.

764. Полимерные покрытия в медицинской практике – фактор значительного снижения рисков инфекций области хирургического вмешательства (клинический опыт)

Земляной А.Б., Колтович А.П., Михопулус Т.А., Матвеев Д.А., Майоров А.В.

Москва

ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России» ИМСТ ФГБУ ВО МГУПП

В настоящее время вопросам борьбы с внутригоспитальными инфекциями уделяется большое внимание. Инфицирование обычно происходит через посттравматические и послеоперационные раны, хронические язвы различной этиологии, участки мацерации кожи. Ведущую роль в развитии инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) играет эндогенная микрофлора кожных покровов, слизистых оболочек и полых органов. При разрезе кожи и слизистых оболочек происходит перенос микробной флоры в операционную рану. Исходя из основного фактора риска развития ИОХВ – степени бактериальной контаминации операционной раны и послеоперационного шва основополагающими моментами профилактики ИОХВ является антисептика, а в последнее время совмещение антисептика со средствами барьерной защиты – полимерная пленка. Преимуществами такого сочетания является пролонгированное действие антисептика, находящегося в полимерной среде, в сочетании с блокировкой основных источников контаминации операционной раны из области прилежащих кожных покровов (потовые, сальные

железы, ранее нанесенные царапины, ссадины, трещины и т.д.). В условиях длительного операционного периода, попадание на кожу различных жидкостей снижают концентрацию и активность нанесенных ранее традиционных антисептических средств, что приводит к возрастанию рисков ИОХВ. Создание на кожном покрове пациентов и медицинского персонала (за счет полимеризации пленки) механического и активного антимикробного барьера, для защиты от адгезивов, аллергенов, герметизации повреждений кожи и иммобилизации патогенных микроорганизмов, вызывающих инфекционные процессы, приводит к снижению риска инфицирования кожного покрова, в том числе в местах операционного доступа. Применение антисептических полимерных покрытий с целью защиты послеоперационных швов выполняет роль надежной антисептической послеоперационной повязки которая позволяет осуществить визуальный контроль за состоянием раны. У пациентов появляется возможность принимать гигиенические водные процедуры за счет водонепроницаемости полимерной антисептической пленки. Поэтому средства защиты мест повреждения кожного покрова используются повсеместно. Без их применения невозможно проведение подавляющего числа операций, процедур и манипуляций. С целью изучения клинической эффективности нового типа антимикробного профилактического покрытия на полимерной основе «Дезитол», проведено клиническое мультицентровое проспективное открытое исследование в период с ноября 2015 года по ноябрь 2017 г. с учетом показаний и способа применения в регистрационной документации. Документально зафиксированы результаты практического применения Покрытия при следующих операциях и манипуляциях: • Гинекологические операции - 636 пациентов; • Абдоминальные операции — 347 пациентов; • Сердечно-сосудистые операции - 71 пациент; • Урологические операции - 31 пациент Покрытие применялось для обработки операционного поля и в послеоперационном периоде для закрытия швов. Дополнительные перевязочные материалы не применялись. За период исследования не зафиксировано ни одного случая возникновения послеоперационной раневой инфекции. При неиспользовании других перевязочных материалов применение антимикробного профилактического полимерного покрытия позволяет медицинскому персоналу осуществлять постоянный визуальный контроль состояния послеоперационного шва и раны. Высокотехнологичное антимикробное

профилактическое покрытие на полимерной основе обладает высоким потенциалом предотвращения ИОХВ, особенно в неблагоприятных климатических условиях. Его применение в пери - и в послеоперационном периоде позволяет сократить количество не только локальных гнойных осложнений, но и кожных аллергических реакций. Достигается существенное снижение трудоёмкости процесса перевязки и повышение уровня комфорта пациентов в послеоперационном периоде. Применение Покрытия приводит к экономии перевязочных средств и иных расходных материалов, к снижению финансовых затрат, что выгодно выделяет его среди других средств этой направленности.

765. Современная тактика хирургического лечения больных острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза в условиях многопрофильного стационара скорой помощи

*Мартынова Г.В. (1), Сизоненко Н.А.(2),
Святненко А.В.(1), Бабков О.В. (1), Демко А.Е. (1),
Соловьёв И.А. (2), Суров Д.А. (2)*

Санкт-Петербург

1) ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе» 2) ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Ежегодно в мире диагностируется более 1000000 новых случаев рака толстой кишки, который в структуре онкологической заболеваемости занимает второе место у женщин и третье место у мужчин. При этом, около 20% больных поступают в экстренные стационары с различными осложнениями, наиболее частым из которых является острая обтурационная непроходимость. Цель. Оценить эффективность разработанной лечебно-диагностической тактики хирургического лечения больных раком толстой кишки, осложненного острой обтурационной непроходимостью. Материалы и методы. В исследование включены 134 больных осложненным колоректальным раком, оперированные в период с 2016 по 2017гг. Средний возраст пациентов – 70,3 лет. Женщин – 44 (33%),

мужчин – 90 (67%). Применявшаяся лечебно-диагностическая тактика основана на принципах ранней диагностики развившегося осложнения колоректального рака, объективной оценке его тяжести, а также тяжести состояния больного (шкала MODS II), результаты которой определяли особенности внутриведомственной маршрутизации больных. Пациентам с клинической картиной распространенного перитонита и/или явлениями множественной органной дисфункции (1 группа, n=21) после краткосрочной подготовки в условиях отделения хирургической реанимации выполнялось экстренное оперативное вмешательство. Больных с развернутой картиной острой обтурационной толстокишечной непроходимости без явлений распространенного перитонита и множественной органной дисфункции госпитализировали в хирургическое отделение для проведения многокомпонентной консервативной терапии и попытки эндоскопической реканализации опухолевого стеноза. В случаях их неэффективности (2 группа, n=75) выполнялись срочные оперативные вмешательства. Положительный клинический эффект от проводимой консервативной терапии (3 группа, n=38) создавал условия для дообследования пациентов и операции в отсроченном порядке. Ключевыми задачами оперативного вмешательства, на наш взгляд, являются устранение жизнеугрожающего осложнения, его соответствие современным требованиям онкологического радикализма и обеспечение высокого качества жизни больных. Базовыми элементами интраоперационной тактики являлись декомпрессия толстой и тонкой (по показаниям) кишок, отказ от пролонгированного дренирования ее просвета, создание условий для ранней энтеральной поддержки, минимизация количества дренажей, а также катетеризация влагалищ прямых мышц живота для пролонгированного послеоперационного обезболивания. Основными требованиями к оперативной хирургии, на наш взгляд, являются ее соответствие принципам эмбриологической обоснованности, ориентированности на получение качественного препарата (негативных краев резекции) и обеспечение адекватного контроля за лимфогенными путями метастазирования. Тактика ведения пациентов в послеоперационном периоде базировалась на адаптированных к условиям неотложной хирургии отдельных компонентах мультимодальной программы быстрой реабилитации. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 17% больных (n=23): у 4 пациентов - I-IIIa степени и у 19 больных - IIIb-V степени по классификации Clavien-Dindo.

Наибольшая частота осложнений зарегистрирована у больных первой и второй групп: 9 и 6 случаев, соответственно. В третьей группе пациентов зарегистрировано 4 послеоперационных осложнения. Общая летальность составила 12,5% (n=17). Восстановление уровней показателей качества жизни до исходных, а также физического и психологического компонентов здоровья на 30 сутки после выписки из стационара были зарегистрированы у 95 пациентов (82%).

766. Осложнения первичного острого гнойного медиастинита

*Столяров С.И.(1), Арсютов В.П.(2),
Ригорьев В.Л.(3)*

Чебоксары

- 1) БУ «Республиканская клиническая больница»,
2) ФГБУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»,
3) ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей»

Актуальность. Проблема лечения острого гнойного медиастинита (ОГМ) остается одной из наиболее сложных задач в хирургии. Летальность при ОГМ составляет от 14% до 70% и выше. Цель. Изучить структуру осложнений первичного ОГМ. Материалы и методы. За период с 1985 по 2017 год в торакальном отделении БУ «РКБ» на лечении находились 192 пациента с ОГМ, из них с первичным ОГМ было 101 (52,6%). Мужчин было 76 (75,2%), женщин – 25 (24,8%). Средний возраст 41,1±1,2 года (Me 47, Mo 56). Сроки поступления с начала заболевания от 2 часов до 11 суток (в среднем 1,1±0,2 дня, Me 2,5; Mo 3). Причины первичного ОГМ: спонтанный разрыв пищевода (СРП) – 32 (31,7%), ятрогенные повреждения пищевода – 26 (27,7%), повреждения пищевода инородными телами – 25 (24,7%), травматические – 17 (16,8%), перфорация язвы пищевода – 1 (1,1%). ОГМ по распространенности был следующим: верхний задний – 33 (32,7%); задний нижний – 31 (30,7%); задний тотальный – 14 (13,9%); тотальный передний и задний – 11 (10,9%); тотальный передний и задний верхний – 11 (10,9%); передний верхний – 1 (1,0%). В группе пациентов с СРП преимущественно наблюдался задненижний ОГМ (n=19), при

ятрогенных повреждениях – задневерхний (n=12), при повреждении пищевода инородным телом – задне верхний (n=16), при травмах – передний и задний верхний ОГМ (n=7). Оперированы 100 пациентов, один не оперирован ввиду неоперабельного состояния. У 49 пациентов выполнена чресшейная медиастинотомия (с ушиванием пищевода – 7, с торакотомией – 2, с трахеостомией – 1). У 43 выполнена торакотомия (с ушиванием пищевода – 36, с экстирпацией пищевода – 2, с гастростомией – 30), лапаротомия использована у 7 (с ушиванием пищевода – 5, с гастростомией – 2), в одном случае – торакоскопия с дренированием средостения. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия в условиях блока реанимации и интенсивной терапии. Осложнения в течение заболевания возникли у 69 (68,3%). Одно осложнение возникло у 23 (33,3%), два у 21 (30,4%), три у 17 (16,8%) и четыре и более у 8 (11,6%). У 34 (37,4%) развился сепсис, полиорганная недостаточность. У 30 диагностирована пневмония, у 54 – гнойный плеврит, у 6 – гнойный перикардит, у 4 – флегмона грудной стенки, у 10 – пищеводные свищи, у 2 – пищеводно-бронхиальные свищи, у 1 – забрюшинная флегмона, некротический трахеит. Тромбоз эмболия легочной артерии возникла в одном случае. В 6 случаях наблюдались кровотечения из острых язв желудочно-кишечного тракта, в одном случае имела перфорация острой язвы желудка с развитием разлитого гнойного перитонита. Аррозийные кровотечения наблюдались у 9. Источниками являлись: грудная аорта – 3, внутренняя яремная вена – 1, сосуды пищевода – 3, сосуды средостения – 1. Всего умерло 17 пациентов (летальность – 16,8%). В группе ятрогенных ОГМ умерло 4 (15,4%), в группе травматических – 1 (5,9%), при спонтанных разрывах пищевода – 6 (18,8%), при повреждениях пищевода инородными телами – 5 (20%). Сроки поступления в стационар с начала заболевания в группе выживших от 8 часов до 10 суток, в среднем 2,5±0,3 дня (Me 2, Mo 3), в группе умерших от 7 до 11 суток, в среднем 4,5±0,8 дня (Me 4, Mo 5). Во всех случаях при вскрытии диагностирован сепсис с развитием полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования гнойного процесса. При вскрытии зафиксировано наличие гнойного перикардита у 3, эмпиемы плевры у 10, деструктивной пневмонии у 8, перитонита у 2, аррозии нисходящей аорты у 2, общей сонной артерии у 2, гнойного энцефалита у 1, острых язв кишечника с состоявшимся кровотечением у 3, ТЭЛА

у 1, перфорация острой язвы, перитонита у 1, флегмоны грудной стенки у 2, поддиафрагмального абсцесса у 1. Заключение. Благоприятный исход лечения пациентов с первичным ОГМ зависит от своевременной госпитализации пациентов с момента начала заболевания, правильно выполненной операции, своевременной диагностики возникающих осложнений и их рационального лечения.

767. Пункционное лечение жидкостных скоплений околопеченочного пространства после резекции печени при эхинококкозе

*Мухиддинов Н.Д., Расулов Н.А.,
Иброхимов Н.К., Курбонов Н.Г., Джаборов У.У.*

Душанбе

ГОУ ИПО в СЗ РТ

Актуальность. В структуре очаговых поражений печени эхинококкоз занимает ведущее место и представляет серьезную медицинскую и народно-хозяйственную проблему. С внедрением неинвазивных методов диагностики, как УЗИ, МРТ и КТ, стала возможной не только ранняя выявляемость этой патологии, но и полноценное проведение хирургических пособий во время операции, а также динамический контроль области операционной раны в послеоперационном периоде. Ультразвуковой контроль за местами возможных скоплений жидкостей играет важную роль в предупреждении послеоперационных гнойных осложнений. Применение данного метода не только дает возможность своевременно и точно устанавливать наличие жидкостных скоплений, но и проводить их удаление без лапаротомии с помощью контролируемых чрескожных пункций или дренирования. Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов 62 резекций печени при эхинококкозе у больных, оперированных в ГКБ СМП г. Душанбе с 2009 по 2017 годы. Среди них женщин, было 38 (61,1%) и 24 (28,9%) мужчин. Возраст наблюдавшихся больных вирировал от 16 до 74 лет. Большие по объему РП были произведены 19 (30,6%). Большинство больших РП выполняли с соблюдением анатомических принципов

выделения, перевязкой долевых сосудисто-секреторных ножек (ССН). Из них ПГГЭ было 4 (21,1%), ЛГГЭ - 2 (10,5%), ЛКЛЭ - 6 (31,5%), ТриСЭ - 5 (26,3%), до 4-х сегментов из обеих долей - 2(10,5%). Малые (экономные) РП произведены 43 (69,4%) больным. Из них БиСЭ 26 - (60,5%), СЭ - 17 (39,5%). Экономные РП выполняли атипичным способом. Результаты. При анализе результатов установлено, что главным послеоперационным осложнением после РП являются жидкостные скопления серозно-геморрагического характера и биллома в области культи печени и околопеченочного пространства. Важнейшее значение в предупреждении развития гнойных осложнений может иметь ранняя диагностика жидкостных скоплений в зоне оперативного вмешательства с целью их своевременной ликвидации. Для этого в послеоперационном периоде на 3-5-8 сутки осуществляли динамический УЗ-контроль зоны оперативного вмешательства, и в зависимости от размера последних наша тактика заключалась в следующем. При диагностике жидкостных скоплений до 30 мм в диаметре, не сопровождающихся высокой температурной реакцией, через 2-3 дня повторяли УЗ-мониторинг. В случае сохранения размеров жидкостного скопления, а тем более их увеличения, по данным динамического УЗИ, особенно при появлении субфебрилитета, прибегали к моделированию страховочных дренажей или диагностической тонкоигльной пункции под контролем УЗИ, она же являлась лечебной в случае небольшого объема жидкостного скопления (до 5-6 см³). В случае отсутствия тенденции к уменьшению размеров неинфицированного скопления после пункции и моделированию страховочных дренажей, производилось его контролируемое чрескожное дренирование в 8 случаях. При выявлении в результате УЗИ жидкостного скопления диаметром более 7 см сразу же после диагностической тонкоигльной пункции выполнялось чрескожное дренирование в 5 случаях. Дренажи удаляли по прекращении поступления отделяемого. Осложнений, связанных с выполнением пункции и дренирования брюшной полости под УЗ-контролем, не было, так же как и повторных оперативных вмешательств. В 3 случаях образования подпеченочных абсцессов при наличии раневых каналов вокруг ранее установленных дренажных трубок, их ликвидировали специальным проводником, который устанавливался в полость гнояника, под УЗ контролем. Заключение. Учитывая преимущества УЗИ перед другими методами исследования, считаем, что пункционное лечение под контролем

УЗИ являться методом выбора в своевременной диагностике, профилактике и лечении ограниченных гнойно-воспалительных осложнений после хирургического лечения эхинококкоза печени.

768. Анализ эффективности различных способов введения антибиотиков в профилактике послеоперационных гнойных осложнений после резекции печени при эхинококкозе

*Мухиддинов Н.Д., Иброхимов Н.К.,
Курбонов Н.Г., Сирочов Д.Н*

Душанбе

ГОУ ИПО в СЗ РТ

Актуальность. Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения со стороны культы резецированной печени, окологепаточного пространства, внутри- и внепеченочных желчных ходов нередко усугубляют тяжесть состояния больных, оперированных по поводу эхинококкоза. Одним из эффективных методов профилактики инфекционных осложнений оперированных больных остается антибиотикопрофилактика. Последняя одинаково проводилась как среди больных основной группы, так и контрольной. Отличительным моментом в исследуемых группах являлся способ введения антибиотика. Материал и методы. Для антибиотикопрофилактики использовали антибиотик широкого спектра действия Лораксон. Выбор последнего обусловлен высокой чувствительностью микрофлоры печени к антибиотикам этой группы, положительно действующие на грамотрицательные и грамположительные штаммы. В первую группу включены 19 больных, которым антибиотикопрофилактика осуществлялась традиционно: препарат вводился в высшей разовой дозе – 1г внутримышечно за 20-30 мин до операции и в последующие 7 дней по 1г дважды в сутки. Во второй группе (15 больных) для антибиотикопрофилактики использовали препарат в той же дозе (1г), но вводили его за 30 мин до операции путем направленного транспорта в аутоэритроцитарных тенях (НТЭ). НТЭ повторяли по 2 раза и в раннем послеоперационном периоде в

течение 5-7 сут. В третью группу вошло 21 больных. антибактериальной профилактики использовали внутривенный путь НТЭ. Высшая разовая доза антибиотика (1г), включенная в аутоэритроцитах методом гипоосмоса, вводилась через канюлированную пупочную вену по 2 раза в течение 5-7 сут раннего послеоперационного периода. Результаты. Изучение фармакокинетики антибиотика при внутришечном введении и направленном транспорте показало, что при обоих способах препарат накапливается в крови и желчи, однако при НТЭ концентрация препарата в желчи через 8 ч была в 9,2 раза выше, а длительность определения препарата в 1,5-2 раза больше, чем при внутримышечном введении, в то время как в крови она выше при внутримышечном введении, что и определяет большую эффективность данной методики по сравнению с традиционным методом введения. Столь высокая и длительная концентрация антибиотика в желчи при НТЭ объясняется тем, что эритроцитарные тени, попадая в печень, улавливаются звездчатыми эндотелиоцитами (клетки Купфера) и по мере элиминации последними включенный антибиотик выделяется вместе с желчью. Сравнительный анализ различных способов введения антибиотиков показал, что при внутривенном НТЭ- введении препарат в высоких концентрациях определялся в крови и желчи, что вполне соответствует современным требованиям, предъявляемым к антибиотикопрофилактике. Причем максимальный уровень антибиотика в крови обнаруживался через час и сохранялся в терапевтической дозе на протяжении первых 4 ч В последующие 4 ч происходило медленное снижение концентрации антибиотика с субтерапевтическим эффектом препарата. При этом высокая концентрация антибиотика в желчи на протяжении 12 ч практически не отличалась от НТЭ способа введения через кубитальную или подключичную вену, что объясняется механизмом и сроком захватывания звездчатыми эндотелиоцитами эритроцитарных теней с включенным антибиотиком. Выводы: Таким образом, анализ внутривенного направленного транспорта антибиотиков показал, что при введении высшей разовой дозы антибиотика одновременно создается высокая и длительная концентрация препарата как в крови, так и в желчи, что сокращает частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в 1,7 раза в сравнении с внутримышечным, в 1,4 раза – по отношению к обычному НТЭ-способу введения антибиотика.

769. Показания к мануально-ассистированной лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите

*Ликум В.О.(1), Берсенев А.А.(1),
Чернявский С.С.(1), Фаев А.А.(2)*

Новокузнецк

1) ГБУЗ КО «НГКБ №29»

2) ГБОУ ДПО «НГИУВ» - филиал ФГБОУ ДПО

"Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия является «золотым стандартом» оперативного лечения острого холецистита. Несмотря на большой опыт накоплений за годы выполнения лапароскопической холецистэктомии количество конверсий достигает 20 %, а частота послеоперационных осложнений в разных клиниках колеблется от 10 до 30%. Наиболее частым способом конверсии при лапароскопической холецистэктомии является лапаротомия и лишь в единичных клиниках выполняется холецистэктомия из минидоступа. Поэтому развитие новых малоинвазивных способов конверсии доступа при лапароскопической холецистэктомии является актуальной задачей. Цель: определить показания к выполнению мануально-ассистированной холецистэктомии. Материалы и методы. В период с 1.01.2017 по 31.12.2017 в отделении общей хирургии ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29» выполнено 12 мануально-ассистированных лапароскопических холецистэктомий. Большая часть пациентов были женщины - 11 человек. Средний возраст пациентов составил $53,5 \pm 3,6$ года. С длительностью заболевания до операции более 72 часов оперировано 7 (58,4%) человек, до 72 часов 5 (41,6%) человек. Тяжесть острого холецистита оценивали по классификации Токийского соглашения (2007, 2013г). Легкое течение было у 5 (41,6%), среднетяжелое у 7 (58,4%) пациентов. Всем пациентам при поступлении выполнялись стандартные методы обследования: общий клинический анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, электрокардиография, рентген исследования органов грудной клетки, фиброгастродуоденоскопия, УЗИ печени, желчного пузыря, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы. Для мануальной ассистенции использовали порт доступа Dextrus

компания Ethicon, который устанавливается в правом подреберье, латеральнее проекции желчного пузыря. Результаты. Все мануально-ассистированные лапароскопические холецистэктомии выполнены в качестве конверсии лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. 10 операций выполнено при флегмонозном холецистите и два при гангренозном. Причинами выполнения мануально-ассистированной лапароскопической холецистэктомии в 8 (66,7%) случаях стал плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря, который невозможно разделить эндоскопически и выделить элементы пузырно-дуоденальной связки, в 4 (33,3%) случаях не смещаемый крупный камень в шейке желчного пузыря, препятствующего тракции за шейку эндоскопическим инструментом. Все операции заканчивались дренированием правого подпеченочного пространства. Дренаж удалялся на 2-4 сутки. Длина мини-доступа не превышала 8 см. Все пациенты активизировались впервые 12 часов, среднее время операции составило $58,5 \pm 4,1$ минут (40-90 минут). Пребывание в отделении колебалось от 4 до 6 дней и в среднем составило $4,8 \pm 0,2$ дня. Обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками. Послеоперационных осложнений, летальных исходов не было. Выводы: 1. Мануально-ассистированная лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите показано при наличии плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, который невозможно разделить эндоскопическим инструментом. 2. Мануально-ассистированная лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите показано при наличии крупного не смещаемого камня в шейке желчного пузыря, препятствующего тракции за шейку эндоскопическим инструментом.

**770. Исследование комплаентности пациентов
больных варикозной болезнью вен нижних
конечностей к назначенной медикаментозной
терапии**

Жабин С.Н., Рыжов А.С.

Курск

КГМУ

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении ВБ н\к и развивающейся при этом ХВН, проблема диагностики и лечения этого заболевания остается актуальной. Кроме того, ВБ характеризуется снижением качества жизни больных вследствие развития изменений косметического и функционального характера. Различные формы этого заболевания встречаются у 26-38 % женщин и 10-20 % мужчин трудоспособного возраста. Ее ежегодный прирост в индустриально развитых странах составляет 2,6 % среди женщин и 1,9 % среди мужчин. По данным В.С.Савельева варикозной болезнью страдают 35-38 млн. россиян, при этом декомпенсированные формы заболевания встречаются у 15 %. Формирование высокой приверженности пациентов к применению лекарственных препаратов остаётся одной из наиболее значимых проблем в терапии хронических нозологий. В медицинской и фармацевтической практике специалисты сталкиваются с изменением схем медикаментозной терапии, нарушением режима, отказом от применения препаратов. Результаты анкетирования пациентов с ВБ н\к демонстрируют, что основными причинами пропусков приёма является цена препарата и забывчивость больных, так как симптомы патологий на ранних стадиях могут отсутствовать. Целью исследования является оценка и анамнестическое изучение медикаментозной терапии принимаемой пациентами, а также изучение факторов, формирующих комплаентность к применению венотонизирующей терапии. Материалы и методы. Анализ проводился методом анкетирования пациентов с ВБНК (n=57), по разработанным анкетам. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Microsoft Office Excel 2013. Результаты и обсуждение. Сформированы две группы пациентов разделенных по принципу проводимого оперативного лечения (ЭВЛК – I группа и Флебэктомия – II группа), всего 57 больных ВБ н\к, из них мужчин – 20, женщин ? 37. Соотношение

мужчин и женщин 1:1,85. Длительность ВБ колебалась от 1 до 37 лет и в среднем составила $13,8 \pm 10,4$ лет. Частыми препаратами выбора пациентов являются Детралекс 24 (42,1%) и Флебодиа 20 (35%), некоторые пациенты использовали не стандартные схемы лечения комбинируя препараты Детралекс 5 (8,77%) Флебодиа и что не соответствует стандартам лечения. Изучение комплаентности пациентов к назначенной сосудистыми хирургами медикаментозной терапии показало: в дооперационном периоде в группе после ЭВЛК (группа I) приверженность пациентов к приему лекарственных препаратов составляет 77,78%, в течение такого же срока пациенты из группы II перед флебэктомией выполненной по стандартной методике принимали назначенные препараты в 58,33% случаях, что на 19,45% ниже чем в группе I. После проведенного лечения пациенты группы после ЭВЛК комплаентны на 94,44%, это на 48% выше чем комплаентность пациентов в II группе. Разница приверженности пациентов I и II группы связана с тем, что пациенты после ЭВЛК обязательно являются на консультацию на 2-е; 7-14 сутки и в 1;6;12 месяц после операции что позволяет постоянно контролировать и корректировать их лечение. Пациенты после флебэктомии выписавшись из клиники, зачастую не являются на консультацию, как следствие уровень их комплаентности ниже чем в I группе. Выводы. Согласно российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению хронических заболеваний вен в настоящее время только для МОФФ (Детралекс) подтверждено положительное действие, достоверно снижающее интенсивность послеоперационного болевого синдрома, отека и выраженности кровоизлияний как после эндоваскулярного так и после хирургического лечения ХЗВ. У диосмин содержащих препаратов (как Флебодиа 600) таких данных нет. Прием же препаратов, не включенных в клинические рекомендации (как например иных, не включенных в исследование) и заведомо обладающих менее выраженной эффективностью может неблагоприятно влиять на приверженность пациентов к терапии.

771.Мукоцеле червеобразного отростка – редкая хирургическая патология.Клиническое наблюдение

Качурин С.А., Мелконян Г.Г., Ширинский В.Г.

Москва

ГБУЗ ГКБ №4 ДЗМ

Актуальность. Мукоцеле червеобразного отростка – кистозное расширение просвета аппендикса с наличием слизистого содержимого – редкая патология, впервые описанная Rokitansky в 1842г. Термин «мукоцеле» был предложен Fere в 1877г. Мукоцеле червеобразного отростка по результатам морфологических исследований составляет 0,2 – 0,3% от всех выполненных аппендэктомий. По мнению большинства авторов, основной причиной возникновения мукоцеле является хроническая обструкция просвета аппендикса, приводящая к гиперплазии слизистой и патологическому накоплению слизистого содержимого. По данным других публикаций, мукоцеле представляет собой мезенхимальную опухоль, чаще – доброкачественной природы. Клинический случай Пациентка Я., 62 года, обратилась за помощью с жалобами на тупые, ноющие боли в правых отделах живота. Последние беспокоят в течении 4х месяцев. Самостоятельно не обследовалась, ранее за помощью не обращалась. При осмотре: в правой подвздошной области определяется объемное образование размером 12х6х5см, плотное, малоподвижное, умеренно болезненное при пальпации. В остальных отделах живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика активная. Физиологические отправления в норме. При выполнении УЗИ брюшной полости: В правой подвздошной области выявлено образование размером 14х9х5см, малоподвижное, с четкими бугристыми контурами, содержимое неоднородное, элементы кистозных полостей с гиперэхогенной взвесью, аваскулярное. При ЭГДС: Очаговый антрум гастрит. При колоноскопии: Атрофический колит. Хронический внутренний геморрой в стадии ремиссии. При рентгенографии грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. При КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием: выявлено ограниченное жидкостное скопление в правой подвздошной области с кальцинированными стенками, не накапливающее контрастное вещество. Размер описанного образования

16х6х5см, прилежит к толстой и тонкой кишке, а так же к передней брюшной стенке и поясничной мышце. Четкой связи описанного образования с тонкой и толстой кишкой не выявлено. Пациентка консультирована гинекологом – данных за онкологическое заболевание не выявлено. При лабораторном исследовании в показателях клинического и биохимического анализов крови отклонений от нормы выявлено не было. При исследовании онкомаркеров СА 19-9, СА 125, АФП, РЭА – показатели в рамках референсных значений. При УЗИ почек: связи описанного образования с правой почкой, расширения мочеточника не выявлено. Пациентка осмотрена онкологом – рекомендовано хирургическое лечение, удаление вышеописанного образования с последующей гистологической оценкой материала. Выполнена видеолапароскопия. На операции выявлено, описанное ранее образование размером, 15х6х5см, плотноэластической консистенции, интимно спаянное с париетальной брюшиной правого бокового канала и висцеральной брюшиной восходящей ободочной кишки – кистозно трансформированный червеобразный отросток. Основание червеобразного отростка не изменено, диаметром до 0,7см. Без технических сложностей выполнена лапароскопическая аппендэктомия с частичной резекцией купола слепой кишки. Целостность кистозно измененного червеобразного отростка не нарушена. Извлечение червеобразного отростка выполнялось в контейнере через порт для ручного ассистирования при лапароскопических операциях. Течение послеоперационного периода гладкое. Заживление ран передней брюшной стенки первичным натяжением. При контрольном УЗИ брюшной полости на 3 сутки послеоперационного периода – патологии со стороны брюшной полости, свободной жидкости или органических скоплений не выявлено. Пациентка выписана домой на 5 сутки послеоперационного периода. При биопсии: Фрагменты стенки кисты представленной фиброзной тканью, с эпителиальной выстилкой представленной цилиндрическим железистым тонкокишечным эпителием, содержащей в просвете следы базофильных масс. При дополнительной окраске на слизь, отмечается наличие слизистого секрета в просвете кисты, в стенке кисты встречаются редуцированные лимфоидные фолликулы. Заключение: Мукоцеле червеобразного отростка. Обсуждение. В классификацию мукоцеле чаще всего включают 4 морфологических типа: 1. Простое мукоцеле, или ретенционная киста (эпителий не изменен либо с признаками дегенерации. Макроскопически –

небольшое расширение просвета аппендикса, вызванное механическими причинами, например, копролитом или поствоспалительным рубцовым сужением. 2. Гипертрофия слизистой оболочки, без признаков атипии. Макроскопически – умеренное расширение просвета червеобразного отростка. 3. Муцинозная цистаденома – есть признаки локальной или диффузной атипии эпителия. Макроскопически – выраженное расширение просвета червеобразного отростка. 4. Муцинозная цистаденокарцинома – стромальная инвазия и/или имплантация эпителия на листки брюшины. В классификации указано примерное расширение просвета, но следует помнить, что отчетливой корреляции между диаметром червеобразного отростка и степенью злокачественности процесса нет. Степень злокачественности мукоцеле оценивается по следующим показателям: 1. Морфологический тип эпителиальных клеток в удаленном отростке. 2. Расслоение стенки червеобразного отростка муцинозным содержимым. 3. Наличие эпителиальных клеток в муцине, распространившемся в брюшную полость. Подавляющее большинство описанных случаев мукоцеле являются цистаденомами, однако, по данным некоторых авторов от 12 до 36%, выявляются цистаденокарциномы. Клинические проявления мукоцеле широко вариabельны. От практически полного отсутствия жалоб и клинической симптоматики (около 50% случаев) до выраженной болезненности в правом нижнем квадранте живота, вплоть до картины «острого живота». Заключение. Вышеописанный случай в очередной раз подтверждает сложность диагностики заболеваний червеобразного отростка. Мукоцеле чаще всего является случайной находкой при использовании инструментальных методов диагностики или интраоперационно. При всем многообразии возможностей диагностики, встречаются ситуации при которых хирург до операции так и не получает окончательного ответа о том с чем ему придется столкнуться в операционной. В случае мукоцеле червеобразного отростка верный предоперационный диагноз особенно важен, так как позволяет хирургу планировать ход оперативного вмешательства, предотвращая развитие псевдомиксомы брюшины и ее осложнений.

772. Показания к повторным антирефлюксным операциям при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

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

Саратов

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

Актуальность. По литературным данным, до конца не решен вопрос выявления четких критериев и показаний к рефундопликациям. По результатам наших вмешательств и обобщенным данным литературы, в антирефлюксном лечении ГПОД, показаниями к рефундопликациям являются: 1) Рецидив заболевания, в случае неэффективности консервативного лечения и снижения уровня и показателей КЖ пациентов. В нашей работе, рецидив патологической симптоматики ГЭРБ, не поддающийся консервативному лечению, нами был выявлен в 3 (4,9 %) пациентов. Всем больным были выполнены повторные антирефлюксные операции по Ниссену с использованием синтетических эндопротезов. Было отмечено повышение показателей ГИИКЖ с 80,4 до 117,9 балла. 2) Дисфагия, обусловленная миграцией фундопликационной манжетки в переднее средостение можно назвать относительным показанием к рефундопликациям, в случаях, если данное состояние приводило к ухудшению качества жизни человека и значительному снижению гастроинтестинального индекса качества жизни (ГИИКЖ). В нашей работе, из 4 (6,4 %) пациентов с миграцией фундопликационного жома, лапароскопическая рефундопликация по Ниссену с синтетической аллопластикой была произведена 1 (1,6 %) пациенту. При этом гастроинтестинальный индекс КЖ вырос с 82,7 до 119,8 баллов. 3) Стойкая послеоперационная дисфагия, не купируемая лекарственными веществами. По результатам нашего обследования стойкая послеоперационная дисфагия (СПД) была выявлена у 3 (4,9 %) пациентов после выполнения им видеолапароскопических коррекций по методике Ниссена. Всем трем пациентам нами были проведены по 10 курсов эндоскопической баллонной дилатации, которые привели к купированию симптоматики дисфагии 2 (3,3 %) пациентов. Одному пациенту (1,6 %) была выполнена повторная фундопликация по методу Ниссена традиционным открытым способом. 4) Наличие симптома или чувства переполнения желудка воздухом послужило показанием к

повторным операциям у 4 (6,4 %) пациентов. При этом причиной появления у пациентов чувства распирания и болей в эпигатральной области разной степени интенсивности послужила грубая деформация спаечным процессом эзофаго-гастральной зоны. В качестве лечения всем пациентам была выполнена повторная фундопликация традиционным лапаротомным доступом по способу Ниссена. Было отмечено повышение показателей ГИИКЖ с 85,7 до 116,1 балла. Выводы. Повторная фундопликация по методу Ниссена с синтетической аллопластикой является надежным способом лечения рецидива рефлюкс-эзофагита и ГПОД. Качество жизни (ГИИКЖ) пациентов, после рефундопликаций по Ниссену с аллопластикой, приближается к показателям здоровых людей.

773. Сравнительная оценка особенностей современных методов лечения ВБНК

Жабин С.Н., Рыжов А.С.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Цель изучение проблем и особенностей современных методов лечения ВБНК. Основной целью лечения ВБНК является уменьшение или устранение патологической венозной гипертензии в поверхностной венозной сети, которое достигается применением хирургических и консервативных методов. До недавнего времени основным методом хирургического лечения варикозной болезни была комбинированная флебэктомия, однако эта методика имеет ряд недостатков. К ним относятся длительный послеоперационный болевой синдром, послеоперационные отеки в 20 % случаев, связанные с травмой лимфатических коллекторов, повреждения кожных нервов у 50-80 %, приводящие к парестезии кожи. Это оперативное лечение не гарантирует отсутствие рецидивов болезни. Частота рецидивов варикозного расширения вен после оперативного лечения достигает 25 – 35 %. Одним из современных методов хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей является

использование эндовазальной лазерной коагуляции, которая используется во всем мире. Плохо изучены отдаленные результаты лечения с помощью эндовазальной лазерной облитерации, сопоставив которые с данными после традиционной флебэктомии, можно оценить идентичность и преимущества перед другими хирургическими методами лечения ВБНК. Материалы и методы. Обследовано 300 больных ВБНК. Выделено 2 группы больных. В первую группу включено 200 больных ВБНК в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст больных — 37,8±2,5 лет). В эту группу включены больные, которым была выполнена эндовазальная лазерная коагуляция стволов подкожных вен с минифлебэктомией варикозно расширенных притоков под ультразвуковым контролем. Для сравнительной оценки полученных результатов выделена вторая группа, в которую включено 100 больных ВБНК в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст – 49,5±11,6). В эту группу включены больные, которым была произведена комбинированная флебэктомия по стандартной общепринятой методике. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ BIOSTAT и Microsoft Office Excel. Для определения достоверности различий использовали U – критерий Манна – Уитни. Достоверными считались различия при степени вероятности безошибочного прогноза (p) 95% (p < 0,05). Результаты исследования. Эндовазальная лазерная коагуляция является эффективным методом лечения ВБНК, общее количество осложнений составило 5 % (осложнение после п\опер. склеротерапии, ТЭЛА мелких ветвей н\к), купирование симптомов ХВН составило к 10 дню – 81%, через месяц – 92%. ЭВЛК в сочетании с микрофлебэктомией имеет следующие преимущества перед традиционной комбинированной флебэктомией: способствует более быстрому купированию симптомов ХВН (в 1 группе к 10 дню – 81%, во 2 – 58%), является малотравматичным методом и обладает большей косметичностью, не требует послеоперационной госпитализации больных, препятствует развитию рецидивов. Анализ отдаленных результатов лечения варикозной болезни с помощью лазерных технологий показал, что купирование симптомов ХВН через полгода достигнуто в 95% случаев, через год – в 97%; во всех случаях наблюдалась стойкая облитерация вены, рецидивы отсутствовали. Выводы. Использование малоинвазивных методов и стандартной флебэктомии улучшало качество жизни больных ВБНК, сравнение послеоперационных результатов выявило достоверное увеличение физического и

психологического показателей 1 группы относительно 2 ($p < 0,05$).

774. Вакуумная аспирационная терапия (NPWT) в лечении гнойных ран после герниопластик с имплантацией сетчатых аллотрансплантатов больших размеров

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Назаров В.А., Шимкович С.С.

Москва

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

Введение. Частота формирования вентральных грыж после первичной лапаротомии достигает 15%. Гнойно септические осложнения после перенесенных пластик с имплантацией полипропиленовых эндопротезов составляют 10-20%. Актуальность этой проблемы растет с увеличением количества ненатяжных пластик, особенно у пациентов с гигантскими вентральными грыжами, у которых установлены аллотрансплантаты с антиадгезивным покрытием, выполняющие дополнительно функцию брюшинного покрова. Удаление трансплантата повлечет за собой формирование лапаростомы и перитонит; сохранение трансплантата не исключает возможность перехода гнойного - воспалительного процесса в брюшную полость. Типичное ведение подобных ран на мажевых повязках и дренажной промывных системах не достаточно эффективно в виду сложной санации при наличие в ране сетчатого трансплантата. Материалы и методы. В своей практике, у 12-и больных, мы применяли вакуумную терапию. Комбинация вакуумно-аспирационных систем с правильно подобранной антибактериальной терапией, позволила нам сохранить трансплантаты. Результаты. Современные вакуумные аспирационные системы позволяют комбинировать режимы разряжения, способствуя непрерывному очищению раны, уменьшению 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. Во время программированных перевязок с заменой компонентов вакуумной аспирационной системы, уже на первые сутки отмечалось значительное очищение раны и трансплантата, нормализация температуры тела. Наложение вторичных швов, производилось после полного закрытия грануляционной тканью трансплантата - к концу 2 недели лечения, после получения отрицательных результатов посевов из ран. У всех пациентов были достигнуты удовлетворительные результаты лечения с сохранением трансплантатов. Рецидивов грыж у пациентов не отмечено. Заключение. Использование современного вакуумного аспирационного оборудования в лечении больных с гнойно-септическими осложнениями после герниопластики с имплантацией эндопротезов позволяет сохранить эндопротез, ускорить репаративные процессы, сократить срок госпитализации и повысить качество жизни пациентов, исключая рецидивы грыж и повторные операции.

775. Факторы, способствующие развитию рецидивов ГПОД и рефлюкс-эзофагита

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

Саратов

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

Актуальность. Анализ литературных данных свидетельствует, что выявление факторов развития рецидива ГПОД, а также определение показаний и противопоказаний к рефундопликациям, представляет нерешенный вопрос. Наша клиника располагает опытом выполнения 368 фундопликаций, из которых в 41 (11,1 %) случаев были отмечены признаки рецидива ГПОД и рефлюкс-эзофагита. На основании этого нами было выделено три основных фактора, которые способствуют развитию рецидива заболевания, после ранее выполненных вмешательств: 1) Расхождение ножек диафрагмы послужило причиной развития рецидива ГПОД у 28 пациентов (7,6 %). По нашему мнению, это становится

возможным после чрезмерного перенапряжения тканей при круррорафии, ввиду чего формируется дегенеративно-дистрофические трансформации тканей после первичной операции. При этом создаются условия для разволокнения диафрагмальных ножек и миграции желудка в средостение, и как следствие этого возрастание натяжения тканей на фундопликационный жом. Все эти аспекты способствуют истончению и расхождению диафрагмальных ножек и формированию анатомо-физиологического рецидива ГПОД и рефлюкс-эзофагита. 2) Наложение узкой фундопликационной манжетки. При этом данный барьер не способен предотвратить гастроэзофагеальный рефлюкс кислого содержимого желудка в пищевод, способствуя развитию тяжелых осложнений. По нашему опыту, необходимо накладывать фундопликационный жом, не менее 4-5 см, ввиду того, что наложение узлов, приводит к нарушению микроциркуляции тканей с последующими атрофическими изменениями и истончением жома. В нашей исследовательской работе, наложение излишне узкого фундопликационного жома послужило причиной рецидива заболевания у 9 (2,4 %) пациентов. 3) Технические огрехи в наложении фундопликационного жома ввиду недостаточной мобилизации стенки желудка в зоне формирования фундопликационной манжетки может явиться ключевым фактором способствующим развитию рецидива ГПОД. При этом недостаточная мобилизация стенки желудка способствует излишнему натяжению тканей, и снижением эластичности стенки желудка. В нашем случае мы столкнулись с данной проблемой у 4 (1,1 %) пациентов. Ввиду чрезмерного натяжения тканей желудочной муфты и ножек диафрагмы, местном нарушении микроциркуляции тканей, мы полагаем, что для качественного и надежного купирования клинической картины рецидива рефлюкс-эзофагита и ГПОД, одной лишь пластики местными тканями недостаточно. В этой связи все повторные оперативные вмешательства были выполнены с использованием синтетических эндопротезов. В течение последующего трехлетнего срока наблюдения, нами не выявлено повторного рецидива патологии. Выводы. Анализ результатов оперативного лечения ГПОД показал высокую эффективность и оправданность выполнения ненатяжных способов пластики, с использованием полимерных эндопротезов в лечении ГПОД и рефлюкс-эзофагита.

776. Наш опыт применения синтетического экспланта в лечении рецидива ГПОД

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

Саратов

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

Актуальность. По литературным данным, до конца не решен вопрос выявления четких критериев и показаний к повторным вмешательствам после рецидива заболевания. Нами выполнены 32 антирефлюксных операций с использованием композиционного монофиламентного (50% - монокрил, 50% - полипропилен) эндопротеза «Ультрапро». Всем пациентам оперативное лечение выполнялось через трансабдоминальный доступ открытым (1 группа) и малоинвазивным (2 группа) способом. С целью профилактики стойкой послеоперационной дисфагии, фундопликационный жом накладывался только после предварительного проведения назогастрального зонда через пищевод в желудок. У всех оперированных нами больных, было отмечено истончение или выраженная дегенеративно-дистрофическая трансформация тканей диафрагмы. После предварительной мобилизации дистальной части пищевода и дна желудка, в ходе оперативного вмешательства, у пациентов обеих исследовательских групп были выполнены антирефлюксные фундопликации по методике Ниссена, с последующей аллопластикой синтетическими эндопротезами. Экспланты подшивались к дегенеративно-дистрофически измененным диафрагмальным ножкам и к стенке пищевода. Нами были прослежены и изучены результаты антирефлюксных вмешательств в течение трех лет. В течение всего исследовательского периода, повторные рецидивы патологии не выявлены в обеих группах наблюдения. Выводы: Анализ результатов антирефлюксного лечения ГПОД с использованием синтетического экспланта Ультрапро показал, высокую эффективность и надежность применения ненатяжных методов пластики в лечении рецидива рефлюкс-эзофагита и ГПОД. Статистически достоверных данных о преимуществе в выполнении фундопликаций по Ниссену из малоинвазивного доступа, над открытыми вмешательствами нами не выявлено ($p > 0,05$). Использование ненатяжных методик пластики ПОД с использованием полимерных эндопротезов, способствует надежной

пластике даже при дегенеративно-дистрофической трансформации хиатальных ножек, что делает вполне оправданным использование эксплантов, при повторных антирефлюксных вмешательствах.

777. Причины неудовлетворительных результатов лечения больных острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза

*Бокарев М.И. (1), Мамыкин А.И. (1),
Водолеев А.С. (2), Мунтяну Е.В. (1),
Королев А.И. (1), Абдурахманова С.Р. (2),
Копылов А.Б. (2)*

Москва

1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра госпитальной хирургии Лечебного факультета, 2) ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ

Колоректальный рак является одним из самых распространенных онкологических заболеваний в современном обществе. У 30% больных колоректальный рак манифестирует развитием острой кишечной непроходимости, которая очень часто требует экстренной операции. Несмотря на успехи современной хирургии, результаты оперативного лечения этих больных вызывают тревогу. В некоторых клиниках летальность после оперативного лечения острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза (ОТЛКНОГ) достигает 28%. Кафедра госпитальной хирургии ПМГМУ им. И.М. Сеченова и хирургическая служба ГКБ им. А.К. Ерамишанцева провели ретроспективно-проспективное изучение результатов лечения больных ОТЛКНОГ. Цель исследования: определить основные причины неудачного лечения больных ОТЛКНОГ. В исследование вошло 280 больных ОТЛКНОГ, которые были оперированы в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева за период 2005 – 2017 г. Из них 130 (46,4%) больных были мужчины, 150 (53,6%) – женщины. Средний возраст пациентов был равен $67,1 \pm 8,2$ лет. Кишечная непроходимость на уровне правой половины толстой кишки имела место у 74 (26,4%) больных, на уровне левой половины толстой кишки и прямой кишки – у 206 (73,6%) пациентов.

Длительность кишечной непроходимости равна $3,7 \pm 1,6$ суток. Умерло 65 больных, что соответствует летальности в 23,2%. Изучение послеоперационных осложнений, развившихся в ближайшем послеоперационном периоде обнаружило, что общесоматические осложнения имели место у 182 (65%). Внутрибрюшные и серьезные раневые осложнения были зафиксированы в 33 (18,1%) наблюдениях. Общесоматические осложнения распределялись следующим образом. Пневмония обнаружена у 125 (68,6 %) больных. У 21 (7,5%) пациента была зафиксирована полиорганная недостаточность. В 7 (3,8%) случаях развился инфаркт миокарда. У 6 (3,2%) пациентов – острое нарушение мозгового кровообращения, у 6 (3,2%) – острая почечная недостаточность, у 5 (2,7%) – нарушения ритма сердечной деятельности. В 4 (2,2%) наблюдениях была зафиксирована тромбоэмболия легочной артерии. У 3 (1,6%) пациентов отмечено развитие острого пиелонефрита. Среди пациентов, у которых возникли послеоперационные общесоматические осложнения, умерло 65 больных, что составляет 35,7%. Внутрибрюшные и раневые осложнения распределялись следующим образом. У 20 (10,9%) больных было отмечено тотальное нагноение операционной раны с развитием эвентрации. В 5 (2,7%) случаях имели место множественные абсцессы брюшной полости. У 4 (2,2%) пациентов был зарегистрирован некроз стомы с ее отхождением от брюшной стенки. В 3 (1,6%) наблюдениях развилась спаечная кишечная непроходимость. У одного (0,5%) больного оперативное вмешательство осложнилось внутрибрюшным кровотечением. Во всех случаях внутрибрюшные и серьезные раневые осложнения сопровождались одним или несколькими общесоматическими осложнениями. Среди пациентов, у которых зафиксированы внутрибрюшные осложнения, умерло 17 больных, что составляет 51,5%. Анализ результатов лечения больных ОТЛКНОГ позволяет сделать следующие выводы: хирургическое лечение больных ОТЛКНОГ сопровождается летальностью в 23,2%, при этом, частота развития общесоматических осложнений достигает 65%, а частота развития внутрибрюшных и раневых осложнений – 18,1%.

778. Особенности клинической картины нейроэндокринных новообразований толстой кишки

Помазков А.А., Хиндирайнен А.Ю., Федорова К.Ю.,
Кушнарёва О.Э.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность: в настоящее время ежегодно растет уровень распространенности нейроэндокринных новообразований (НЭН) ЖКТ. Это может быть связано с развитием в лечебных учреждениях улучшенных возможностей проведения комплексного обследования пациента. Однако до сих пор во многих клиниках часто не придается должного значения данной патологии ввиду недостаточности знаний. Именно для того, чтобы врач любой специальности смог заподозрить НЭН ЖКТ, необходим поиск особенностей клинической картины, присущих данным новообразованиям. Цель исследования: выявление особенностей клинической картины у пациентов с НЭН толстой кишки. Материалы и методы: проведено ретроспективное изучение 23 историй болезни пациентов хирургического отделения клиники РостГМУ за период с 2005 по 2015 год с диагнозом: НЭН толстой кишки. Диагноз подтвержден данными гистологического исследования. Средний возраст респондентов – $62,3 \pm 10,2$. Распределение по гендерным различиям: 10 мужчин и 13 женщин. Обработка данных осуществлялась в программах Statistica 6.0 и Microsoft Excel. Результаты: статистически значимых различий среди гендерных групп не было обнаружено. Распределение по локализации: прямая и сигмовидная кишки (по 29%), слепая кишка (12%), сочетанное поражение слепой и поперечно-ободочной кишки (6%), ободочная кишка (диффузное поражение) – 6%, восходящая ободочная кишка, печеночный изгиб ободочной кишки и поперечно-ободочная кишка также составили по 6%. Были выявлены следующие особенности характеристики новообразований по TNM: чаще всего встречались опухоли T4N1M0 (24%), T2N0M0 (16%), T4N1M1 (13%), T3N1M0 (12%), и T4N0M0 (10%). Менее распространёнными были T3N1M0, T3N0M1, T3N0M0, T4N2M1 и T4N2M0 – по 6%. Проанализирована жалоба пациентов и клиническая картина заболевания. В жалобах на характер боли прослеживаются следующие закономерности: болей не наблюдалось у 30% респондентов, но если они возникали, то чаще (25%)

локализовались в левой подвздошной области живота. У 13% пациентов имелись жалобы на боль в гипогастрии. Также 5% больных отмечали боли в гипогастрии, усиливающиеся до и после акта дефекации, 5% – боли в правом подреберье, 5% – боли в правой подвздошной области и мезогастрии справа, 5% – боли в правой подвздошной области, 6% – ноющие боли и ощущение тяжести в эпигастрии и 6% – разлитые боли. При локализации НЭН в прямой кишке в 62% случаев болевой синдром не наблюдался, а в 38% он отмечался больными в гипогастрии. При локализации патологического процесса в слепой кишке чаще всего пациенты отмечали боль в правой подвздошной области, а при распространении процесса выше по кишечнику миграция боли наблюдалась соответственно анатомической локализации. Метеоризм отмечали пациенты с НЭН в прямой, поперечно-ободочной и слепой кишках. Жалобы на задержку стула и газов наблюдались у пациентов с опухолями сигмовидной и прямой кишок. Пациенты с опухолями восходящей ободочной кишки не предъявляли жалобы на задержку стула и газов. Спонтанная потеря в весе не наблюдалась у респондентов с опухолями сигмовидной и восходящей ободочной кишок. Диспепсию чаще всего отмечали больные с НЭН подвздошной кишки. Слабость наблюдалась у 80% респондентов вне зависимости от локализации процесса. Кровь и слизь в кале определялись у больных с опухолями прямой и сигмовидной кишок. Выводы: в результате исследования обнаружено, что самыми распространенными локализациями НЭН в данной выборке пациентов стали сигмовидная и прямая кишки (по 29%). Следует отметить, что большинство опухолей диагностированы на поздних стадиях (T4N1M0). При анализе клинической картины и жалоб пациентов выявлена их полиморфность. Особенности, резко отличающих НЭН толстой кишки от других опухолей, обнаружено не было. Результаты исследования указывают на необходимость более тщательного сбора анамнеза заболевания и углубленного расспроса пациента при поступлении. Мы считаем, что эти меры могут способствовать улучшению качества диагностики НЭН и повысить их выявление на ранних стадиях патологического процесса.

779. Факторы риска возникновения и особенности течения острого панкреатита после кардиохирургических операций.*Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Замятин М.Н., Гороховатский Ю.И., Левчук А.Л.*

Москва

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

В настоящее время частота абдоминальных осложнений после кардиохирургических оперативных вмешательств составляет 0,3-3%. В структуре этих осложнений раннего послеоперационного периода на долю острого послеоперационного панкреатита приходится от 11 до 35 % случаев, которые достоверно ухудшают прогноз и увеличивают риск летального исхода до 85%. Материалы и методы. В основу работы легло исследование частоты развития абдоминальных осложнений, в частности острого послеоперационного панкреатита (ОПП), у 1340 кардиохирургических пациентов, перенесших операции. К факторам риска развития ОПП после операции на сердце следует отнести: возраст старше 70 лет, длительность операции в условиях искусственного кровообращения, наличие хронических заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, облитерирующий атеросклероз, почечную недостаточность и низкий сердечный выброс. Результаты. Абдоминальные осложнения развились у 72 (5,4%) кардиохирургических пациентов. Острый деструктивный панкреатит чаще встречался в группе больных, перенесших протезирование клапанов сердца, - у 12 (2,4%) из 498, в то время как в остальных наблюдениях это осложнение диагностировали лишь у 7 (0,8%) пациентов, летальный исход – у 5 (0,4%). Заключение. 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.

780. Возможности баллонной дилатации области эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении «сложного» холедохолитиаза*Шаповальянц С.Г.(1), Будзинский С.А.(1, 2), Федоров Е.Д.(1, 2), Бахтиозина Д.В. (1)*

Москва

1) ГБОУ ВПО Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ
2) ГБУЗ ГКБ №31 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 современной панкреатобилиарной хирургии. В последние годы, при эндоскопическом транспапиллярном лечении данной категории больных, в мировой практике все более широкое применение находит новый метод - баллонная дилатация (БД) области эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с последующим удалением конкрементов. Материалы и методы В период с 01.2013 по 01.2018 на базе ГКБ №31 было произведено 2690 эндоскопических ретроградных вмешательств, из них 1064 транспапиллярные операции выполнены по поводу ХЛ. При этом, 243 вмешательства пришлось на долю пациентов со «сложным» ХЛ. Новый технический прием, а именно БД области ЭПСТ баллонами диаметром от 10 до 20 мм, был применен в 123 наблюдениях у 114 больных данной группы. Женщин среди них было 77, а мужчин – 37. Возраст пациентов варьировался от 27 до 97 лет (70,5 ± 12,9 лет). Показаниями к данному объему вмешательства был ХЛ с крупными, множественными или неправильной формы конкрементами при наличии клинических проявлений механической желтухи в 92 (80,7%) случаях и без признаков нарушения желчеоттока – в 22 (19,3%). При этом максимальный диаметр конкрементов находился в диапазоне от 8 до 30 мм (17,0 ± 5,0 мм). Кроме того, у ряда больных имела место измененная анатомия парапапиллярной зоны, а именно наличие дивертикулов 12-перстной кишки (33), 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 предварительно была

выполнена ЭПСТ, а затем дополнительно проведена БД этой области. После БД удаление конкрементов без проведения литотрипсии оказалось технически выполнимым в 70 (61,4%) случаях. В остальных 44 (38,6%) наблюдениях для полноценной санации желчного дерева потребовалось выполнение дополнительной механической внутривнутрипротоковой литотрипсии. При этом общая эффективность транспапиллярного эндоскопического лечения во всей исследуемой группе составила 96,5%. В 2017 году доля пациентов со «сложным» ХЛ, которым была проведена БД области ЭПСТ, достигла 77,6 % (38/49). При этом у 32 пациентов (84,2%) удалось добиться полноценной санации желчных протоков без использования дополнительных методик, у 5 пациентов все конкременты были извлечены после выполнения внутривнутрипротоковой механической литотрипсии, а одному больному не удалось санировать общий желчный проток в связи с размером камня (28мм в диаметре). Итоговый успех за 2017 год составил 97,3%. Таким образом, эффективность выполнения БД области ЭПСТ при лечении «сложного» ХЛ была относительно невысокой на этапе освоения методики, но с выходом кривой обучения на плато, значительно повысилась (84,2% в 2017 году против 50% за 2013-2016 гг). В нашем исследовании встретилось 3 (2,6%) осложнения – 2 кровотечения из области ЭПСТ, в одном случае остановленное с помощью комбинированного эндоскопического гемостаза при повторном вмешательстве, в другом – возникшее интраоперационно и потребовавшее экстренного хирургического вмешательства. Еще одним осложнением была ретродуоденальная перфорация, возникшая при извлечении крупного конкремента, которая привела к летальному исходу (0,9%). Заключение 1. БД области ЭПСТ является перспективной методикой в лечении «сложного» ХЛ, эффективность которой при изолированном применении составила по нашим данным 61,4%, а в комплексе с механической внутривнутрипротоковой литотрипсией достигла 96,5%. 2. Частота осложнений (2,6%) и летальности (0,9%) у данной сложной категории пациентов практически не превышает подобные показатели, характерные для эндоскопических транспапиллярных вмешательств в целом. 3. Для полноценной оценки результатов и преимуществ подобных вмешательств требуется проведение проспективного рандомизированного контролируемого исследования.

781. Опыт применения ретромускулярной видеоэндоскопической пластики E-MILOS

*Тимербулатов М.В. (1,2), Сендерович Е.И. (1,2),
Зиганшин Т.М. (1), Сибагатов Р.М. (2),
Визгалова А.Е. (1,2), Аушев Д.Р. (2)*

Уфа

- 1) ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21,
- 2) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России

В клинической практике нередко случаи сочетания пупочных грыж и грыж срединной линии с диастазом передних мышц живота. Хотя диастаз передних мышц не является показанием к операции, данная ситуация часто приводит к развитию у больных патологического симптомокомплекса с болевым синдромом, психологическим и визуальным дискомфортом, что побуждает пациентов обратиться за медицинской помощью. Операция становится абсолютно показанной при сочетании данной патологии с пупочной грыжей или грыжей белой линии живота. В подавляющем большинстве случаев операции выполняются традиционным способом. Методика лапароскопической интраперитонеальной IPOM пластики малоэффективна при диастазах, так как не обеспечивает укрепление белой линии живота. В 2015 году на мастер классе профессором W.Reinhold был показан метод ретромускулярной пластики MILOS (Mini/Less Open Sublay), который заключается в выделении ретромускулярного пространства вместе с грыжевым мешком без вскрытия брюшной полости до мечевидного отростка, с последующим размещением в это пространство сетчатого имплантата без его фиксации. Однако в классическом варианте необходимо выполнение открытого этапа. В июле 2015 года профессор R.Bittner предложил модификацию техники операции, применив лапароскоп и троакары. Данный способ получил аббревиатуру E-MILOS (Endoscopic Mini/Less Open Sublay). Цель – оценить ближайшие результаты применения ретромускулярной видеоэндоскопической пластики E-MILOS (Endoscopic Mini/Less Open Sublay). Материалы и методы: Нами представляется первый опыт использования данной технологии у 9 пациентов с вправимыми пупочными грыжами за период с 2016 по 2017 г, находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы. Возрастной интервал составил 25-45 лет, 6 женщин (66,7%) и 3 мужчин (33,3%). Методика

обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Операции проводили под эндотрахеальным наркозом. Операция начиналась с введения 3 троакаров ниже пупка 1-10мм, 2 - 5мм. Не вскрывая брюшину, путем рассечения заднего листка влагалища прямой мышцы с сохранением переднего выполнялся вход в ретромускулярное пространство. Давление газа в полости поддерживали на уровне 12-15 мм.рт.ст. При помощи 5 мм инструментов выполняли диссекцию в слое до мечевидного отростка краниально, до краев влагалища прямых мышц медиально. В сформированное пространство вводился полипропиленовый протез. В 7 случаях протез не фиксирован, в 2-х случаях произведена фиксация к мечевидному отростку. Результаты: В послеоперационном периоде у пациентов прооперированных E-MILOS осложнений не было. Средняя продолжительность операции при данной методике - 130,5 мин. В день операции назначали постельный режим. На 1-е сутки после операции пациенты самостоятельно передвигались. Средний срок госпитализации - 5 суток. Отдаленные результаты наблюдали в сроки от 1 до 5 месяцев. Рецидивов и персистирующего болевого синдрома не выявлено. Выводы: Применяемая ретромускулярная видеоэндоскопическая пластика E-MILOS показала себя как эффективный способ лечения пупочных грыж в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Из преимуществ данного способа можно отметить выполнение операции без традиционной фиксации сетки швами к тканям брюшной стенки без входа брюшную полость. Использование бесшовной техники позволяет сократить продолжительность операции, при этом надежность пластики не снижается. Также к преимуществам можно отнести отсутствие остаточной полости, в отличие от IPOM пластики. Недостатки – сложность в выделении ретромускулярной полости, при которой можно вскрыть брюшину. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования данного метода герниопластики, которые станут более эффективными и выполнимыми с накоплением их количества.

782. Опыт лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств при раке ободочной кишки

*Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л.,
Максименков А.В., Степанюк И.В., Назаров В.А.,
Колозян Д.А.*

Москва

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

Актуальность. В настоящее время техника выполнения левосторонних и правосторонних резекций при раке ободочной кишки проходит этап стандартизации методологии вмешательств. На стыке западной и восточной концепций формируется единый стандарт техники видеоскопических операций с определением объема лимфаденэктомии D2-D3. Материалы и методы. За период 2012-2017 гг в НМХЦ им Н.И. Пирогова выполнено 214 оперативных вмешательств по поводу рака ободочной кишки с использованием лапароскопических и робот-ассистированных технологий. Выполнено 91 правосторонняя гемиколэктомия (ПГЭ) и 123 левосторонних резекций ободочной кишки. В основе техники выполнения вмешательств была западная концепция с выполнением полной мезоколонэктомии с центральным лигированием сосудов (СМЕ+CVL). Полученные результаты. При ПГЭ методика СМЕ+CVL обеспечивала объем лимфаденэктомии D2. Этот объем вмешательств выполнен у 48 пациентов, медиана удаленных л/у 11 (4-24). При выявлении признаков поражения группы апикальных л/у, у 19 пациентов оперативное вмешательство дополнялось удалением 203, 213 групп (JSCCR), медиана удаленных л/у составила 16 (4-28). С применением стандартизированной методики D3-лимфаденэктомии с обнажением передней полуокружности ВВВ с пересечением правых сосудов непосредственно у устья и верифицированным забором 203 и 213 групп л/у выполнено 24 операции, медиана удаленных л/у составила 17.5 (6-27). При выполнении левосторонних резекций также применялась концепция СМЕ+CVL, уровень лимфаденэктомии отличался в зависимости от техники обработки устья НБА. При выполнении D2 лимфаденэктомии устье обрабатывалось без обнажения передней полуокружности аорты. Этот уровень лимфаденэктомии выполнен нами при 18 левосторонних и расширенных левосторонних

гемиколэктомиях с медианой удаленных л/у 13 (5-26), и 54 резекциях сигмовидной кишки, медиана удаленных л/у 12 (3-24). При D3 лимфаденэктомии устье НБА обнажалось с передней полуокружностью аорты, правого и левого поясничных внутренностных нервов и верифицированным забором 253 группы л/у на препарат. Этот уровень лимфаденэктомии выполнен при 15 левосторонних гемиколэктомиях и резекциях левых отделов ободочной кишки с медианой удаленных л/у 15 (4-29), и 36 резекциях сигмовидной кишки, медиана удаленных л/у 13 (5-24). Общий процент осложнений среди всех представленных вмешательств составил 10.3%, среди них превалировали легкой I – II степени по Clavien-Dindo (6.5% от всех операций). Тяжелые III – IV степени по Clavien-Dindo – отмечены у 7 (3.3%). Несостоятельность анастомоза составила 2.05%. Конверсии выполнены в 8 случаях - 3.7%. Заключение. Широкое применение робот-ассистированных вмешательств при раке ободочной кишки вряд ли является целесообразным ввиду технической доступности выполнения вмешательства лапароскопически. С учетом процесса становления стандартизированных вмешательств при раке левой половины ободочной кишки, методика скелетизации ветвей НБА, ранее достаточно широко применяемой и нами, вероятнее всего будет иметь ограниченное применение, и сохранит актуальность при необходимости сохранения или пересечения левой ободочной артерии. Стандартизация методов хирургических вмешательств при раке ободочной кишки требует дальнейшего изучения, оценки отдаленных результатов.

783. Отдаленные результаты операции перекрестного бедренно-бедренного шунтирования у пациентов высокого хирургического риска

Михайлов М.С., Ридель В.Ю., Мусаев А.Б.

Самара

Самарская городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты выполнения операции перекрестного бедренно-бедренного шунтирования у пациентов высокого хирургического риска с преимущественным поражением аорто-подвздошного сегмента типа D TASC II. Методы. За период с января 2014 года по август 2017 года оперированы 12 пациентов с критической ишемией нижних конечностей. У всех пациентов имелось многоэтажное поражение аорто-подвздошного сегмента типа D по классификации TASC II. Поражение бедренно-подколенного сегмента соответствовало типам А и С по TASC II. Все пациенты мужчины. Средний возраст составил 66,5 лет. По классификации Fontaine с 3 стадией заболевания было 5 больных, с 4 стадией-7. По индексу Lee, высокий риск коронарных осложнений был установлен у 6 пациентов. Хроническая обструктивная болезнь легких с 2 стадией дыхательной недостаточности диагностирована у 2 пациентов. Учитывая выраженность сопутствующей соматической патологии, как альтернатива открытого вмешательства на аорте, всем пациентам была выполнена операция экстраанатомическое перекрестное бедренно-бедренное шунтирование. Оклюзия общей и наружной подвздошных артерий (НПА) (тип D TASC II) не позволили применить ренгенэндоваскулярные методы реваскуляризации подвздошных артерий у данных пациентов. Для улучшения путей артериального оттока, во всех случаях выполняли реконструкцию глубокой артерии бедра, в том числе и на стороне донорской артерии. Кроме того, на «донорской» стороне выполняли расширенную эндартерэктомию из НПА для улучшения притока с целью уменьшить риск развития синдрома обкрадывания. В качестве трансплантата у 1-го пациента использовали аллогraft из ПТФЭ, у всех остальных - аутовенозный шунт. Результаты. Критическая ишемия была купирована у всех пациентов. У 3-х больных с некрозом стопы в послеоперационном периоде наблюдалась лимфорея послеоперационных ран.

Максимальный срок наблюдения составил 48 месяцев. Пройдимость шунтов сохранена у 9 пациентов. Рецидива критической ишемии конечности не наблюдалось у этих больных. У 3 пациентов в сроки от 6 до 18 месяцев диагностирован тромбоз шунта с увеличением степени ишемии конечности, однако, на фоне консервативной терапии ампутации удалось избежать. Вывод. Выполнение операции перекрёстного бедренно-бедренного шунтирования оправдано у больных высокого хирургического риска и является эффективной методикой в лечении пациентов с критической ишемией конечности с поражением аорто-подвздошного сегмента типа D TASC II.

784.Пятилетний опыт минимально инвазивных эндо- и лапароскопических вмешательств при ахалазии кардии

*Старков Ю.Г, Джантуханова С.В., Лукич К.В.,
Выборный М.И., Замолодчиков Р.Д., Демин Н.Е.,
Кирюхина Е.С.*

Москва

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

Актуальность. Ахалазия кардии представляет собой хроническое нервно-мышечное заболевание пищевода, обусловленное изменениями его тонуса и перистальтики, отсутствием необходимого расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе акта глотания. Встречаемость в популяции 0,51-1:100000 населения, чаще страдают женщины (55,2%), чем мужчины (44,8%). Не смотря на медленно прогрессирующий характер заболевания, несвоевременное лечение может привести к возникновению ряда серьёзных осложнений, таких как кровотечение и перфорация стенок пищевода с развитием медиастинита, а также к повышению риска развития злокачественного перерождения эпителия пищевода. Стойкий результат лечения ахалазии достигается только после хирургического вмешательства — эзофагокардиомиотомии. В настоящее время разработаны и успешно внедрены в практику ряд минимально инвазивных оперативных вмешательств, позволяющих успешно

решать задачи хирургического лечения. Цель исследования. Продемонстрировать возможности лапароскопической эзофагокардиомиотомии (операция Геллера) и пероральной эндоскопической миотомии методом диссекции в подслизистом слое в оперативном лечении пациентов с ахалазией кардии. Исследование. За 5 летний период с 2013 по 2017 годы в хирургическом эндоскопическом отделении ФГБУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России было выполнено 18 оперативных вмешательств по поводу ахалазии кардии: 2 стадия – 3 пациента (16,7%), 2-3 стадия – 7 пациентов (38,9%), 3 стадия – 8 пациентов (44,4%). Было прооперировано 11 мужчин (61,1%) и 7 женщин (38,9%) в возрасте от 23 до 69 лет. В 10 случаях применялась лапароскопическая эзофагокардиомиотомия, в 8 случаях - пероральная эндоскопическая миотомия. Выполнение конверсии не потребовалось. В 1 случае, в связи с развитием карбоксиперитонеума после выполнения пероральной эндоскопической миотомии, потребовалось проведение диагностической лапароскопии. Интраоперационно перфорация не подтвердилась. Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств составила 149 минут, эндоскопических — 144 минуты. Минимальная длительность лапароскопических вмешательств составила 100 минут, эндоскопических — 90 минут. Максимальная длительность лапароскопических вмешательств составила 205 минут, эндоскопических — 230 минут. На момент написания тезиса рецидивов у пациентов, которым были успешно проведены операции, отмечено не было. Выводы. Таким образом минимально инвазивные эндо- и лапароскопические вмешательства в лечении пациентов с ахалазией кардии можно считать операциями выбора ввиду их малой травматичности и благоприятного протекания послеоперационного периода.

785. Симультанная робот-ассистированная резекция прямой кишки с роботической простатэктомией. Клинический случай.*Гладышев Д.В., Ракул С.А., Моисеев М.Е., Елов Р.А., Коваленко С.А., Гнедаш С.С.*

Санкт-Петербург, Сестрорецк.

СПб ГБУЗ Городская больница №40.

Актуальность. По мнению большинства исследователей, основной точкой приложения роботического хирургического комплекса da Vinci является хирургия малых пространств. Роботические операции широко применяются в онкоурологии, онкогинекологии, а также в хирургическом лечении рака прямой кишки. Цель исследования: продемонстрировать возможности роботического комплекса в хирургическом лечении синхронного рака прямой кишки и предстательной железы. Материалы и методы: Пациент И., 63 лет (ИМТ 30, 1 кг/м²), обследовался у уролога по месту жительства по поводу повышенного уровня PSA. По результатам биопсии предстательной железы выявлена ацинарная аденокарцинома (сумма Глисона 3+3=6). При дообследовании в объеме МРТ таза выявлено синхронное заболевание верхнеампулярного отдела прямой кишки. Дообследован в объеме ФКС с биопсией, МРТ таза, ЭУС прямой кишки, КТ груди, КТ живота, ОСГ, ФЭГДС. Клинический диагноз: ПМСР: 1) Са верхнеампулярного отдела прямой кишки (с)T2N0M0. 2) Са предстательной железы (с)T2cN0M0. Учитывая результаты обследований принято решение о выполнении симультанной операции. Операция выполнялась двумя бригадами. Первым этапом выполнена робот-ассистированная резекция прямой кишки с парциальной мезоректумэктомией по методике single-docking. Препарат удален через трансректальную минилапаротомию слева от пупка. Продолжительность первого этапа составила 100 мин. Вторым этапом выполнена роботическая простатэктомия. Время второго этапа – 110 мин. Препарат удален через тот же минилапаротомный доступ. Общая продолжительность операции составила 225 мин с учетом смены операционных бригад и выполнения редокинга для простатэктомии. Интраоперационных осложнений не было. Интраоперационная кровопотеря была минимальной. Течение послеоперационного периода гладкое. Восстановление моторики ЖКТ отмечено с 1-ых суток, первый стул был так же в 1-е

сутки после операции. Мочевой катетер удален на 6-е сутки после операции. Мочеиспускание самостоятельное. По результатам контрольного УЗИ остаточной мочи нет. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции. Гистологическое исследование операционного материала: 1) прямая кишка – умереннодифференцированная аденокарцинома толстой кишки, прорастающая слизистую оболочку, подслизистую основу с инвазией в мышечный слой. В линиях резекции опухолевых элементов не обнаружено. В 20 исследованных регионарных лимфатических узлах без элементов опухоли. В апикальном лимфатическом узле без элементов опухоли. Качество мезоректумэктомии – Grade 3. 2) предстательная железа – высокодифференцированная ацинарная аденокарцинома предстательной железы, сумма Глисона 6 (3+3), с поражением постеролатерального отдела справа, антеролатерального отдела слева, постеролатерального отдела слева. Общий объем опухолевой ткани около 5 %. Признаков экстрапростатической инвазии не выявлено. Хирургический край экстрапростатический без опухолевых элементов. Семенные пузырьки, семявыносящие протоки без опухолевых элементов. По результатам патоморфологического исследования сформулирован окончательный диагноз: ПМСР: 1) Са верхнеампулярного отдела прямой кишки (p)T2N0M0. 2) Са предстательной железы (p)T2cN0M0. Выводы. Приведенный клинический случай подтверждает эффективность и безопасность роботических операций, особенно в хирургии малых пространств, в том числе при выполнении комбинированных и симультанных операций. Высокая прецизионность манипуляций обеспечивает должный уровень радикальности в сочетании с высоким функциональным результатом.

786. Хронические постнекротические кисты поджелудочной железы. Выбор способа хирургического лечения

Шабунин А.В., Бедин В. В., Тавобилов М.М., Коржева И.Ю., Венгеров В.Ю.

Москва

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В. В. (1,2),
Тавобилов М.М. (1,2), Коржева И.Ю. (1,3),
Венгеров В.Ю. (1,2),

1) ГКБ им. С.П. Боткина,
2) Кафедра хирургии РМАНПО, 3) Кафедра
эндоскопии РМАНПО

Введение: За последнее десятилетие регистрируется неуклонный рост заболеваемости хроническим панкреатитом и его осложнений. Дифференцированный подход к диагностике и выбору способа оперативного вмешательства определяет результаты лечения этой категории больных. Материалы и методы. В отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с января 2014 по декабрь 2017 года находились на лечении 115 больных с хроническим панкреатитом, из них 46 пациентов с псевдокистами поджелудочной железы. Всем пациентам проводилось обследование по стандартному диагностическому алгоритму, включающему ультразвуковое исследование с доплеровским картированием (УЗИ), эндоскопическую эзофагогастродуоденоскопию, спиральную компьютерную томографию с пероральным и внутривенным контрастированием, исследование крови на СА19-9 и РЭА. МРХПГ выполнялось по показаниям. В случаях, когда нельзя полностью исключить опухолевое поражение выполнялось эндоскопическое УЗИ с тонкоигольной биопсией. Средний возраст пациентов составил 51 (от 20 до 70 лет), большую часть больных мужчины 92 (80%), женщин 23 (20%). На этапе дообследования выявлено, что вируснолитоиз и панкреатическая гипертензия имела в 61%, хронические кисты диагностированы у 40,1% пациентов, у 19% имела билиарная гипертензия, у 8% выявлена дуоденальная непроходимость, портальная гипертензия у 7% больных. У 12 больных с псевдокистами поджелудочной железы, в сочетании с вируснолитоизом, вируснолитоизом, билиарной гипертензией и дуоденальной дистрофией, выполнялись различные лапаротомные резекционно-дренирующие и дренирующие методы оперативные

вмешательства. Внутреннее дренирование псевдокист под ЭНДО-УЗИ контролем выполнено 34 больным. Псевдокисты локализовались в головке (11), теле (15) и хвосте (8) поджелудочной железы, соответственно. Средний размер кист составил 95±52 мм. В 18 (8,9%) наблюдениях использовался нитиновый стент, в 10 (4,9%) – выполнялось дренирование двумя пластиковыми стентами. С учетом особенностей локализации кист было выполнено формирование цистогастроанастомоза (28) и цистодуоденоанастомоза (6). Всем пациентам стенты удалялись через 4-6 недель после выполнения контрольного СКТ исследования. Все интервенционные вмешательства выполнялись под внутривенной седацией. Результаты. Послеоперационной летальности не было. Клинический эффект достигнут в 100% случаев. В 3 случаях в послеоперационном периоде возникли послеоперационные осложнения. При дренировании пластиковым и стентами в раннем послеоперационном периоде выявлено инфицирование псевдокист, в позднем – дислокация стента. У 1 пациента в позднем послеоперационном периоде после дренирования нитиновым стентом - дислокация дренажа. Выводы. Использование эндоскопических методов дренирования кист поджелудочной железы позволяет улучшить результаты лечения и отказаться от более травматичных хирургических вмешательств у данной категории больных.

787. К вопросу лечения проксимальных стриктур внепеченочных желчных протоков

Абдуллаева А.З., Меджидов Р.Т.

Махачкала

ДГМУ

Проксимальные стриктуры желчных протоков (ЖП) остаются сложной проблемой гепатохирургии, поскольку пациенты поступают в стационары с явлениями механической желтухи (МЖ) и холангита. Важными составляющими эффективного лечения данной категории пациентов являются: установление топического диагноза, ликвидация явлений холестаза, качество выполнения реконструктивного этапа операции и реабилитация.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с проксимальными стриктурами внепеченочных желчных протоков. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 102 пациентов. Высокая опухолевая обструкция (ВОО) выявлена в 54 (57,3%) случаях, рубцовая стриктура (РС) – в 48 (42,7%). Для определения уровня РС применялась классификация Э.И.Гальперина (2011). Диагностический алгоритм включал общепринятые лабораторные исследования, УЗИ, МРТ, ЭРХПГ и исследование онкомаркеров. При МЖ средней и тяжелой степени у 66 (59,0%) пациентов была использована двухэтапная тактика лечения. Первым этапом выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). При РС выполнены следующие оперативные пособия: иссечение рубца, гепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки – 10 (43,4%); бигепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки на «каркасных дренажах» – 8 (37,4%), на «мигрирующих» стентах – 3 (13,3%), стентирование ЖП – 1 (4,3%), частичная резекция 4 сегмента, тетрагепатикоеюностомия на мигрирующих стентах – 1 (4,3%). Пациентам с ВОО выполнены следующие вмешательства: резекция ЖП и гепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки – 12 (36,3%), бигепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки на «каркасных» удаляемых дренажах – 11 (33,3%), на «мигрирующих» стентах – 6 (18,4%); щадящая хиатальная резекция печени с тетрагепатикоеюностомией на «мигрирующих» стентах – 4 (12,6%). Результаты и обсуждение: последовательное использование УЗИ и МРТ позволяет установить диагноз и определить тактику лечения. ЧЧХС позволяет выполнить декомпрессию билиарного тракта при МЖ в качестве первого этапа лечения, либо при неоперабельном процессе является паллиативным пособием. Основным оперативным пособием являются резекционные технологии и наложение билиодигестивного анастомоза. С целью профилактики рефлюкс холангита предпочтительно использование выключенной по Ру петли тощей кишки длиной не менее 90 см. Щадящая хиатальная резекция печени у пожилых и ослабленных пациентов обеспечивает приемлемую выживаемость и лучшее качество жизни. Формирование билиодигестивного соустья в воротах печени вокруг выделенных желчных протоков изолированной по Ру петель тощей кишки на стентах, позволяет минимизировать риск рестеноза.

788. Лечение хронических ран с применением VAC-терапии

Бордаков П.В. (1), Бордаков В.Н. (2), Гаин Ю.М. (1), Шахрай С.В. (1), Гаин М.Ю. (1)

Минск

1. кафедра неотложной хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
2. государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий»

Хронические раны и их лечение представляют огромную проблему для здравоохранения всех стран как в экономическом аспекте так и по затратам времени медицинского персонала. Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с хроническими ранами путём использования вакуум-терапии в комплексе мероприятий, направленных на позитивную коррекцию пролонгирования развивающегося раневого процесса. Материалы и методы За 2014–2017 гг. пролечен 71 пациент хроническими ранами различной локализации с применением аппарата вакуума WaterLily. Результаты и обсуждение При использовании комплексного метода лечения хронических ран, включавшего вакуум – терапию, было выявлено, что купирование местных проявлений воспалительного процесса происходило гораздо быстрее и эффективнее, чем у пациентов группы сравнения. Это подтверждалось тем, что к 5–7 суткам лечения у них отмечались позитивные сдвиги в локальном статусе раны, которые проявлялись размягчением краёв, уменьшением гиперемии, отёка паравульнарных тканей. Появлялись признаки краевой эпителизации, тканевой дефект постепенно заполнялся грануляционной тканью. Морфологически было отмечено позитивное влияние метода NPWT на динамику раневого процесса. На 1-е–3-и сутки отмечено наличие воспалительно-гнойного процесса: участки фибриноидного некроза, с обильной инфильтрацией нейтрофильными лейкоцитами с очагами расплавления, с единичными очаги грануляционной ткани, единичные очаги лимфогистиоцитарной инфильтрации. Дно хронической раны покрыто фибрином и грануляциями, с наличие участков некроза и гнояного отделяемого; грануляции обычно вялые и бледные, края раны и ткани вокруг уплотнены; часто имеет место краевая эпителизация. В процессе

лечения отмечена реверсия микрофлоры – на 5–7-е сутки, микрофлора высеялась лишь у 11 пациентов: *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*. Самостоятельное заживление раневого дефекта на 30–36 сутки за счёт краевой эпителизации и рубцевания отмечено лишь в 7 наблюдений. У 12 пациентов состояние раны позволяло выполнить пересадку кожи. Уменьшение размеров раневого дефекта, а также наличие процессов репарации отмечено у 4 пациентов, которым можно было выполнить аутодермопластику, но пациенты в силу ряда обстоятельств, отказались от данной манипуляции. В 4 клинических наблюдениях каких-либо выраженных изменений в местном статусе длительно незаживающих дефектов ткани не произошло. На заключительном этапе активного лечения пациентов основной группы (на 12–18 сутки) в 8 наблюдений тканевые дефекты самостоятельно зажили и полностью эпителизовались. В остальных клинических наблюдениях хронические раневые дефекты уменьшились в размерах, отмечалась выраженная краевая эпителизация, дно раны на всём протяжении заполнялось грануляционной тканью, раневое отделяемое было скудным и имело серозный характер. У 13 пациентов на 5–7 сутки, после вакуум-терапии выполнена аутодермопластика с полным закрытием раневых дефектов. Применение вакуум-повязки на пересаженные аутодермотрансплантаты показало, что методика улучшает адаптацию трансплантата к раневой поверхности, позволяет удалять избыточный раневой экссудат, стимулирует ангиогенез и предохраняет пересаженный аутодермотрансплантат от смещения. Продолжительность стационарного лечения при данной патологии колеблется от 12 до 50 дней. В отличие от этого, активное лечение хронической раны, включая вакуум-терапию на всех этапах воздействия, целенаправлено на полное заживление тканевого дефекта составило 30,6±4,01 дня. Продолжительность лечения пациентов группы сравнения, по нашим данным, составила 58,7±4,4 койко-дня. Вывод: Таким образом, клиническая эффективность комплексного лечения хронических ран, включающего использование вакуум-терапии на различных этапах развития раневого процесса, способствует ускорению купирования воспаления и очищения раневых дефектов и стимуляции регенерации с уменьшением площади хронической раны, позволяет добиться полного заживления раневого дефекта.

789. Первый опыт использования лапароскопической гастропликации в хирургии ожирения

Аскерханов Р.Г., (1,2) Фейдоров И.Ю., (1,2),
Петрова А.Л., (1,2) Мосин С.В., (2)

Москва

1. ГБОУ ВПО (ФГБОУ ВО) Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России
2. ГБУЗ Московский Клинический Научно-практический Центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г.Москвы

Разработка и внедрение новых видов оперативных вмешательств обусловлены вполне понятным желанием улучшить существующие методики по каким-либо показателям. Гастропликация уже более 10 лет применяется в бариатрической хирургии как прямая альтернатива вертикальной резекции желудка (Talebrouer M. с соавт., 2007). На фоне все возрастающего интереса к хирургической коррекции веса и с учетом простоты применения и незначительного количества осложнений, использование гастропликации имеет особую актуальность. Цель работы – оценить первый опыт применения гастропликации и необходимость широкого внедрения этой методики в работу специализированного бариатрического стационара. Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 год в МКНЦ выполнили лапароскопическую гастропликацию 20 пациентам (2 мужчины и 16 женщин), средний возраст которых был 38.6±7.4 года. Показаниями к данной операции являлся ИМТ > 35 кг/м². В рассматриваемой группе ИМТ = 42.2±3.1 кг/м². Противопоказаниями являлись: беременность, предшествующие операции на желудке сахарный диабет 2 типа в стадии декомпенсации, онкология, возраст моложе 18 лет. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Из особенностей необходимо выделить необходимость установки во время операции желудочного зонда диаметром 12 для исключения полной обтурации просвета вворачиваемой внутрь стенкой желудка. При выделении органа применяли ультразвуковой скальпель Гармоник. Швы накладывали субмукозно. Интервал между швами составлял 1 см. Во всех случаях использовался нерассасывающийся синтетический шовный материал диаметром 2-0. По завершении операции дренажи в брюшной полости не

оставляли. Во всех случаях при оценке ближайших результатов достигнут положительный эффект. Через 3 месяца после операции ИМТ у мужчин снизился с уровня $42,1 \pm 0,7$ до месяца $38,5 \pm 0,4$ кг/м², у женщин с уровня $42,2 \pm 3,1$ до $34,6 \pm 1,9$ кг/м². У 3 (15%) пациентов в отдаленном периоде (через 1 год) отмечен рецидив ожирения. Из положительных моментов стоит отметить простоту и малую травматичность операции. Средняя длительность операции составила $1,2 \pm 0,3$ часа, средний срок пребывания пациентов в стационаре составил $2,7 \pm 0,5$ дня. Осложнений не было, однако в послеоперационном периоде у 5 пациентов в течение 3-9 недель отмечались жалобы на отрыжку, тошноту, жидкий стул. Таким образом, гастропликация у пациентов с морбидным ожирением является простым и эффективным хирургическим вмешательством, направленным на снижение веса. Однако преимущества данной операции по сравнению с широкой применяемой вертикальной резекцией желудка представляются не очевидными, что требует дальнейшего изучения методики.

790. Лабораторная диагностика при раннем выявлении несостоятельности толстокишечного анастомоза

Шпак В.В. (2), Поздняков А.А. (1), Черданцев Д.В. (1), Попов А.Е. (1)

Красноярск

1. КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО.
2. КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского».

Введение. Несостоятельность толстокишечного анастомоза (НКА) в колоректальной хирургии - это тяжелое осложнение, ведущее к росту летальности и сроков нахождения больных в стационаре. Клиническая диагностика несостоятельности анастомоза редко происходит до 5 дня после операции и обычно происходит на 5-8 сутки. В арсенале хирурга недостаточно лабораторных

маркеров несостоятельности анастомоза. Широко применяемым ранним маркером несостоятельности анастомоза служит С-реактивный белок (СРБ), уровень которого при НКА увеличивается на 3-4 сутки послеоперационного периода (ПОП) на фоне системной воспалительной реакции. При этом чувствительность и специфичность теста остаётся неудовлетворительной. Цель: выявить закономерности динамики изменений лабораторных показателей у больных с несостоятельностью толстокишечного анастомоза. Материалы и методы. В исследование включены 102 больных, оперированных по поводу колоректального рака с локализацией в левой половине толстой кишки. У всех больных, выполняли лабораторные исследования крови и перитонеального выпота на 1-е, 2-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки послеоперационного периода. Полученные результаты. При анализе гематологических показателей, клинически значимая динамика отмечена в уровне лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Достоверные отличия регистрировались с 3-х суток ПОП. Значимые отличия уровня СРБ между группами больных с развитием НКА и БО начинают регистрироваться уже со 2 суток ПОП. Анализ биохимических показателей в выпоте из брюшной полости выявил достоверные отличия уровня лактата и рН уже на ранних сроках ПОП. Так снижение уровня рН выпота при развитии несостоятельности анастомоза отмечается уже со вторых суток ПОП до $6,8 \pm 0,51$ ($p=0,023$). При неосложненном течении ПОП, это показатель не держится на уровне $7,14 \pm 0,24$ и выше. В практике хирурга применение средних значений не позволяет выбрать индивидуальную тактику в отношении конкретного больного. С целью облегчения принятия клинического решения, мы предлагаем использовать относительные величины кСРБ и kLac. Показателем kCRP стало отношение текущего уровня СРБ у конкретного больного к уровню СРБ, полученного у него в первые сутки послеоперационного периода. Показателем kLac стало отношение лактата выпота к лактату плазмы крови. Ежедневный мониторинг этих коэффициентов выявил достоверные отличия уже на вторые сутки послеоперационного периода, с последующим ростом вероятности выявления НКА. Так уровень kCRP при развитии НКА на вторые сутки превышает контрольный показатель на 21% ($p=0,016$), а с третьих суток, эта разница начинает превышать 100% ($p<0,001$). При рассмотрении разницы kLac можно отметить достоверные отличия на вторые сутки ПОП, когда коэффициент увеличивается на 69% ($p=0,002$), а на третьи сутки

этот показатель втрое превышает контрольное значение ($p < 0,001$) и тенденция к росту сохраняется. Заключение. Проведенный анализ динамики уровней гематологических и биохимических маркеров плазмы крови, динамики биохимических показателей перитонеального выпота, позволяет выделить ЛИИ, СРБ, рН выпота из брюшной полости в группу лабораторных предикторов несостоятельности кишечного анастомоза, которые при совместном применении позволяют заподозрить НКА уже на 3-и сутки послеоперационного периода. Дополнительное применение расчетных коэффициентов $kCRP$ и $kLac$, повышают диагностическую ценность предлагаемого набора тестов при диагностике НКА на ранних сроках ПОП и являются показанием для применения более инвазивных методов диагностики НКА.

791. Повторные бариатрические вмешательства.

*Аскерханов Р.Г., (1,2) Фейдоров И.Ю., (1,2),
Петрова А.Л., (1,2), Хатьков И.Е., (1,2)*

Москва

1. ГБОУ ВПО (ФГБОУ ВО) Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России
2. ГБУЗ Московский Клинический Научно-практический Центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г.Москвы

Актуальность. Ежегодно в мире проводится около 200 000 бариатрических операций. В России проводится около 1500 вмешательств в год в нескольких специализированных центрах. Большое количество операций все еще составляет регулируемое бандажирование желудка. В сложившихся условиях актуальной становится тема повторных вмешательств. Цель исследования. Представить опыт выполненных повторных бариатрических операций в условиях одного центра. Материалы и методы. В период с 2012 по 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 отключенной по Ру петле (ГШ) 95 (17,2%), гастропликация 15(2.7%), Билиопанкреатическое шунтирование- 16(2.8%). Соотношение мужчин и женщин составило 24% и 76% соответственно. Показаниями к повторной операции после ЛПРЖ, ЛРБЖ являлись повторный набор веса. После ЛРБЖ-нагноение бандажной системы, непереносимость, эрозия бандажного кольца. Повторные бариатрические вмешательства потребовались 40 пациентам, что составило 7.2%. Анализу не подвергались следующие оперативные вмешательства: переустановка порта (8 случаев), регастрощунтирование (1 случай), повторная рукавная резекция желудка (1 случай). Оставшиеся пациенты были разделены на 3 группы. Группа 1: ЛПРЖ после ЛРБЖ составила 16 пациентов (40%), группа 2 – ГШ после ЛРБЖ- 18 случаев (45%), группа 3- ГШ после ЛПРЖ- 8 случаев (15%). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ и времени после первичной операции. Средний возраст пациентов в группе 1: 36 ± 4.2 лет, распределение по полу 2 мужчин (12.5%), 14 женщин (87.5%), средний вес составил 103 ± 21 кг, средний ИМТ 38 ± 3 кг/м², время между операциями составило $5,54 \pm 3,5$ лет. Средний возраст пациентов во 2 группе: 40 ± 9.2 лет, распределение по полу 6 мужчин (33%), 12 женщин (67%), средний вес составил 125 ± 12 кг, средний ИМТ 41 ± 4 кг/м², время между операциями составило 7 ± 5.3 лет. Средний возраст пациентов в 3 группе 34 ± 3.6 лет, распределение по полу 2 мужчин (25%), 6 женщин (75%), средний вес составил 107 ± 6 кг, средний ИМТ 36 ± 4 кг/м², время между операциями составило 6.3 ± 3.6 лет. Результаты. Среднее время операции в Г1 составило 176 ± 24 мин, в Г2 160 ± 64 мин, в Г3 136 ± 42 мин. Количество послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo степень II составило 0%, степень 1 – 10%. Длительность послеоперационного койко-дня во всех трех группах идентична и составила 4.6 ± 1 . При сличении результатов наблюдения через 12 месяцев средняя потеря избыточной массы тела (EWL) в Г1-15%, в Г2-23%, в Г3-25%. Средний ИМТ после операции составил в Г1- 32 ± 3.6 кг, в Г2- 31.6 ± 2.6 кг, в Г3- 28 ± 3.4 кг. Смертность составила 0%. Выводы: Повторные бариатрические операции являются безопасным методом лечения пациентов с ожирением после первичных операции, наиболее эффективной ревизионной операцией в нашем опыте является лапароскопическое гастрощунтирование на отключенной по Ру петле для объективизации показателей требуется более длительный период наблюдения и большая группа.

792. Пластические оперативные вмешательства при гнойных заболеваниях пальцев и кисти*Мелкоян Г.Г. Алексеев М.С., Ширинский В.Г.*

Москва

ГБУЗ ГКБ №4 ДЗМ

Актуальность. Развившиеся вследствие травмы или после оперативных вмешательств дефекты тканей, которые в дальнейшем ведутся открытым способом, имеют своим исходом грубые рубцы, контрактуры, полностью или в значительной мере ограничивающие функции пальцев и кисти. Довольно часто в этих случаях нет альтернативы ампутации пальца. Для снижения количества ампутаций пальцев и неудовлетворительных функциональных и эстетических результатов в отделении гнойной хирургии применены различные виды пластического закрытия ран. Материалы и методы. В клинике с 1997 по 2017 г. в процессе хирургического лечения пластические и восстановительные вмешательства выполнены 1018 пациентам. Из них кожная пластика выполнена 942 больным (92,5 %). Кроме того, костная пластика выполнена 45 (4,4 %), а кожно-костная реконструкция - 31 (3,1 %). Возраст больных варьировал от 15 до 82 лет. Мужчин было 547 (53,7 %), женщин - 471 (46,3 %). Свободную кожную пластику расщепленным перфорированным лоскутом использовали для закрытия гранулирующих дефектов на тыльной поверхности пальцев, кисти и по периметру предплечья. Пластику полнослойным лоскутом применяли при глубоких раневых дефектах пальцев и кисти, но без обнажения сухожилий, суставов и костей. Перекрестную пластику выполняли для закрытия глубоких раневых дефектов пальцев с обнажением глубоких анатомических структур. Показаниями к выполнению итальянской пластики являлись обширные раны пальцев и кисти с обнажением сухожилий и (или) костей. Пластика лоскутом на сосудисто-нервном пучке показана при глубоких (с обнажением кости) дефектах ладонной поверхности I пальца, лучевой поверхности II пальца и локтевой поверхности V пальца. Пластику местными тканями по Транквили-Лили и Клаппу выполняли при дефектах торцовых поверхностей пальцев без обнажения кости или в случаях, когда костные структуры расположены глубже раневой поверхности. Костная пластика выполнена при диастазе между костями свыше 1,0см. Кожно-костная реконструкция показана при наличии

необратимых изменений во всех анатомических структурах пальца. Полученные результаты. Из 1018 пациентов, которым были применены различные варианты пластического закрытия ран на пальцах и кисти, развитие осложнений отмечено в 54 случаях (5,3%): у 39 больных образовался краевой некроз кожи (при дермотракции и перекрестной пластике), у 7 больных с итальянской пластикой развилось нагноение под полнослойным лоскутом и отмечено 8 случаев отторжения трансплантата (при свободной кожной пластике расщепленным лоскутом). Выполнены 9 ампутаций пальцев (0,9%). В отдаленном периоде констатированы 40 рубцовых контрактур пальцев (4,0%) и 33 анкилоза в межфаланговых суставах (3,3%). Неудовлетворительные эстетические результаты в отдаленном периоде отмечены у 43 больных (4,2%). Обсуждение. Открытое ведение ран после осложненной травмы или оперативного лечения глубоких форм панариция и флегмон кисти в ряде случаев имеет своим исходом развитие необратимых и непоправимых рубцовых контрактур, анкилозов и уродующих кисть рубцов. Кроме того, после некр- или секвестрэктомии довольно часто остаются открытыми кости и сухожилия, которые в этих условиях практически обречены на высыхание и гибель. Фактически, этим создаются предпосылки к ампутации фаланг или пальцев непосредственно во время госпитализации или в отдаленном периоде. Раннее применение пластических методов в хирургии гнойной кисти, тем более при наиболее тяжелых видах патологии, позволяет своевременно закрыть глубокие анатомические структуры, обеспечив им тем самым необходимые условия жизнеспособности. Кроме того, само по себе раннее закрытие раневых дефектов создает предпосылки для формирования эластичных и функционально более пригодных рубцов по сравнению с открытым ведением ран. Дополнительно следует отметить, что сама по себе возможность сохранения пальца на кисти при наличии показаний к его ампутации создает перспективу более широкого применения пластических методов в хирургии гнойной кисти. Выводы и рекомендации. Хирургическое лечение тяжелых форм панариция и флегмон кисти остается серьезной проблемой. Количество пациентов с данной патологией не имеет тенденции к снижению. Наибольшие сложности возникают при образовании больших раневых дефектов на пальцах и кисти с обнажением глубоких анатомических структур. Раннее применение пластических методов в этих случаях позволяет не только эффективно достичь заживления ран, но и избежать практически predetermined ампутаций. Более того,

функциональные и эстетические результаты лечения после пластического закрытия позволяют отдать ему предпочтение по сравнению с открытым ведением раневого процесса.

793.Изменение модели пищеварения при полном наружном отведении желчи

Меджидов Р.Т., Насибова У.А.

Махачкала

ГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет»

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 периапулярной опухоли. Уровень обструкции БТ определяли путем проведения МРТ-халапанкреатография 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. Полученные результаты статистически обработаны с помощью программы «Statistica-6» фирмы StatSoft 1 пе. Применялись : описательная статистика, сравнения средних величин с расчетом t-критерия Стьюдента, использовались критерий Манна-Уитни и критерий х². Различия считались значимыми при p<0,05. Результаты. 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 отведении желчи возникает существенное ремоделирование пищеварения и имеется острая необходимость в нутритивной поддержке пациентов данной категории. 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.

794.О некоторых особенностях оказания хирургической помощи населению в условиях горнолыжного курорта

Гиорхелидзе Г.Л., Яшников С.В., Сабадаш Н.Ю., Эмексузян А.М., Кармадонова О.В.

Сочи

МБУЗ г.Сочи «Городская больница №8»

МБУЗ г.Сочи «Городская больница №8» (пгт. Красная Поляна) осуществляет первичную врачебную, первичную специализированную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь. Будучи построенной и введенной в эксплуатацию, главным образом, с целью обеспечения медицинской помощи в период

проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр, а в дальнейшем горнолыжного курорта, больница на 150 коек является травмоцентром 2 уровня и оснащена современным лечебно-диагностическим оборудованием, включая высокотехнологичное. При этом численность постоянно проживающего населения, включая детей, составляет около 7500 человек. В свете вышесказанного немаловажное значение приобретает соотношение между коечной мощностью, степенью оснащения, количественным составом медицинского персонала и численностью населения. Весомую роль играет также сезонность работы курорта, что влияет на общее количество обращений и структуру патологии. Нами проведен анализ некоторых показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения в период с 2013г. по 2017г. Всего было 458259 обращений за медицинской помощью, при этом в условиях круглосуточного стационара пролечено 16772 пациента, что составило 3,66% от общего числа «законченных случаев». После проведения зимней Олимпиады 2014г., а также создания всесезонного курорта в Красной Поляне, значительно возросло общее число обращений (2013г. – 80979, 2014г. – 81328, 2015г. – 93729, 2016г. – 97185 и в 2017г. – 93995 пациентов), при этом оставаясь стабильным на протяжении трех последних лет. Вместе с тем, наблюдается рост общего числа обращений, но сопоставимое количество госпитализированных больных в круглосуточный стационар (2013г. – обратилось всего в приемное отделение 7874 пациента, из них 4286 госпитализировано, 2014г. – 7586 и 4125 соответственно, 2015г. – 7016 и 4075, 2016г. – 8857 и 4286, 2017г. – 10518 и 4253 пациента), что можно связать с увеличением числа приписного населения после проведения зимней Олимпиады 2014г., повышением доступности и улучшением качества оказываемой специализированной медицинской помощи. Наряду с этим количественный показатель по различным подразделениям неоднороден и не в каждом отделении носит сезонный характер. В частности, отделения терапевтического профиля менее подвержены увеличению нагрузки в зимний сезон, где рост числа пациентов не превышает 8,74% по сравнению с летними месяцами. Также обращает на себя внимание снижение общего количества госпитализированных больных терапевтического профиля с 1852 человек в 2015г. до 1388 человек в 2017г., что составляет более 25,05% за последние три года. Работа травматологического отделения в значительной степени зависит от сезона в связи с ростом числа горнолыжной травмы и возрастанием количества пациентов в период с декабря по

апрель. Рост может достигать 43,19% по сравнению с летними месяцами. Хирургическое отделение, оказывая в анализируемый период преимущественно экстренную помощь (до 86,34% от общего числа пролеченных больных), отличается стабильными показателями работы койки вне зависимости от сезонности. В период с 2015г. по 2017г. в отделениях хирургического профиля выполнено 4452 операции, при этом хирургическая активность в целом по стационару составила 45,9%, при этом наиболее высокая хирургическая активность в травматологии (до 89,4% в период зимнего сезона). Превалирующей патологией являются переломы длинных трубчатых костей, в т. ч. и нескольких локализаций (до 84,7% от общего числа операций), характер же хирургических операций разнонаправлен и не имеет привязки к сезонности. В структуре экстренной хирургической патологии, в частности хирургии повреждений, отмечается относительно высокий процент закрытой травмы груди и живота, что также связываем с относительно малым числом местного населения и, напротив, большим числом туристов, получающим травмы на горнолыжном курорте. При закрытой травме груди наиболее часто встречались: переломы ребер (45,8%), ушиб грудной клетки (31,7%), пневмоторакс (9,4%), гемоторакс (4,1%), гемопневмоторакс (5,8%), ушиб легких (3,1%), ушиб сердца (0,1%). У пациентов с травмой груди торакотомии не потребовалось ни в одном случае, торакоскопия предпринята у 1 пациента, остальным пациентам с гемопневмотораксом выполнено дренирование плевральной полости по стандартной методике с использованием 1 или 2 дренажей и активной аспирации (14,7% больных). В структуре закрытой травмы живота преобладал ушиб передней брюшной стенки без повреждения внутренних органов. Разрыв селезенки наблюдался у 2,7% пациентов, разрыв брыжейки тонкой кишки у 1,4%, разрыв печени – 1,1%, разрыв мочевого пузыря – 0,2%. У 17,8% пациентов наблюдался ушиб почек сопровождающийся макрогематурией, но без нарушения целостности органа. Кроме того обращает на себя внимание тот факт, что из всех госпитализированных в экстренном порядке более трети составили самообращения (38,7%), что может свидетельствовать о некоторых сложностях на уровне первичного звена медицинской помощи. В то же время, более чем в половине всех случаев доставки пациентов бригадой скорой медицинской помощи, не было показаний к госпитализации в наше лечебно-профилактическое учреждение, им была оказана помощь на уровне приемного отделения. При этом, необходимо отметить, что время доезда скорой медицинской помощи из

горного кластера составляет не более 20 минут. Таким образом, оказание первичной врачебной, первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях горнолыжного курорта имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при планировании оказания медицинской помощи, эффективного использования материальных и кадровых ресурсов, коечного фонда, медицинского оборудования. Имеющиеся коечная мощность, лечебно-диагностические возможности и кадровые ресурсы необходимы для медицинского обеспечения круглогодичного горнолыжного курорта.

795. "Маски" спонтанного разрыва пищевода

*Столяров С.И., Добров А.В., Лепешкин А.П.,
Рыжков Р.В., Самтаков П.А.*

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. Диагностика спонтанного разрыва пищевода (СРП) до настоящего времени остается трудной, чаще запоздалой. Летальность при СРП остается высокой и колеблется от 25 до 90%. Материал и методы. За 1991 – январь 2018 года в БУ «РКБ» наблюдались 35 пациентов с СРП в возрасте от 23 до 89 лет. Средний возраст пациентов 53,7±1,5 года. Мужчин было 29, женщин 6. В первые 12 часов диагноз установлен только в 5 случаях (14,3%), в течение первых суток у двоих (5,7%), позже 24 часов у 28(80%). Из последней группы пациентов (n-28), 25 обратились в лечебное учреждение в первые сутки от начала заболевания, но ни у одного не был заподозрен СРП. Были установлены ложные диагнозы: перфоративная язва желудка у 5 (выполнялась лапаротомия); синдром Маллори-Вейса у 3; деструктивная пневмония у 4; эмпиема плевры у 2; рак пищевода с распадом у 2; расслаивающая аневризма аорты у 1; острый инфаркт миокарда у 1; диафрагмальная грыжа у 1; межреберная невралгия у 2; спонтанный пневмоторакс у 2; травматический гемопневмоторакс у 1; острый панкреатит у 1. Оперировано 34 пациента (один пациент не оперирован в виду нестабильного состояния,

поступил с клиникой инфекционно-токсического шока). Для установки диагноза СРП использовали рентгенографию пищевода, ФГС. У 7 пациентов проведена компьютерная томография пищевода и средостения с использованием водорастворимого контраста. 20 пациентов оперированы торакальными хирургами в условиях городских и центральных районных больниц, 14 в условиях БУ «РКБ». У всех пациентов имелись признаки острого медиастинита и эмпиемы плевры, у 18 картина сепсиса. Левосторонний трансторакальный доступ применен у 21, трансабдоминальный у 2, чресшейный у 1. Шов раны пищевода осуществляли во всех случаях. В 5 случаях линия швов укреплена внебрюшинно выделенным П-образным лоскутом диафрагмы. Средняя длительность стационарного лечения составила 58,4±3,5 дня, в отделении реанимации и интенсивной терапии 15,8±1,7 дня. В 7 случаях развился пищеводно-плевро-кожный свищ. В 4 случаях свищ закрылся самостоятельно. У троих произведена лапаротомия, трансиатальная медиастинотомия, пластика дефекта пищевода. В 2 случаях дополнительно выполнена фундопликация по Ниссену, в одном – оментопластика. Умерло 8 пациентов, летальность составила 22,9%. Причинами смерти явились: аррозийное кровотечение из грудной аорты, геморрагический шок у 3; прогрессирование медиастинита, полиорганная недостаточность у 5. В группе пациентов у которых диагноз СРП был установлен в первые 12 часов (n=5) летальных исходов не наблюдалось. Среди двоих пациентов поступивших в течение первых суток умер 1. Среди пациентов, поступивших позже 24 часов, умерло 7 (летальность 25%). Заключение. Спонтанный разрыв пищевода относится к тяжелым хирургическим заболеваниям, недостаточно известное врачам скорой помощи и отделений неотложной хирургии. Данное заболевание может протекать под маской других заболеваний хирургического и терапевтического профилей. При подозрении на СРП необходимо дообследование пациента для подтверждения или исключения диагноза. Летальность при СРП зависит от своевременности диагностики и проведения адекватного хирургического вмешательства.

796.Современные подходы к хирургическому лечению при раке и доброкачественных стриктурах пищевода и кардии

Алиев С.А., Магомедов С.М., Курбанов К.А., Закаржаева З. М., Гаджиева И. Р., Омаров К.Х.

Махачкала

ГБУ РД "НКО "Дагестанский центр грудной хирургии"

В основу работы положены результаты хирургического лечения 952 пациентов, 759 из которых оперированы по поводу рака пищевода и кардии, а 193- доброкачественных стриктур пищевода в период с 2000 - 2017 г. Изложены стратегические, тактические и технические аспекты с улучшением непосредственных результатов операции. Сведены к минимуму противоречия к показаниям чрезплевральных и трансдиастиальных операций при раке грудного отдела пищевода. Летальность после операции типа Льюиса – 3,1%. После проксимальной резекции желудка гастрэктомии, гастроэзофагеальных резекций – 1,35%, экстирпация пищевода - 2,1 %. После операции (n=193) при доброкачественных стриктурах пищевода летальность 1%. Основным итогом деятельности явилось расширение показаний к эзофагопластике по М.И. Давыдову, что снижает хирургический риск осложнений, в частности несостоятельности пищевода анастомоза. Агрессивной стратегии оперативного лечения при раке пищевода с лимфодиссекцией 2S, 2F, 3F придерживаются онкологи ведущих центров мира. При этом непосредственные результаты операции являются вполне удовлетворительными, в то время как функциональные результаты и 5-летняя выживаемость неутешительны. В свете вышеизложенного приоритетными остаются задачи с совершенствованием органосохраняющих: вагус, сплено, пилоросохраняющих операции, практически вытесняющие стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака кардии, проксимального отдела желудка. Самостоятельными задачами явились и изыскания в онкохирургической стратегии рака резецированного желудка и профилактики легочно-сердечных осложнений. Концепция о системности заболевания с первичной генерализацией опухолевого процесса, допускает использование малотравматичного трансхиатального доступа у истощенных и пожилых пациентов. С этих

соображений целесообразность и преимущество эндохирургических вмешательств перед стандартными методиками нуждается в дальнейшем изучении. Целью исследования является повышение эффективности и качества хирургического лечения при раке пищевода и кардии. Материалы и методы. В клинический материал включены 952 пациента, которые разделены на 3 группы. Дисфагическим, болевым, ругургитационным признаками проявлялись разные по этиопатогенезу, патофизиологической сущности, морфологическому субстрату разнородные нозологические единицы, включающие в себя от нейромышечных заболеваний пищевода (НМЗП), пищевода Барретта, стриктур опухоловой, химической, пептической, туберкулезной, каллагенозной этиологии. Для определения хирургической тактики, оптимизации лечебно – диагностического комплекса, стержневым представлялся вопрос дифференциальной диагностики; по принципу от простого к сложному, от методов неинвазивных, имеющих скрининговое значение до высокоинформативных с включением ЯМРТ, КТ, что позволяют качественно сформулировать диагноз. В первую группу вошли 759 больных с радикальными операциями на пищеводе. Возраст больных варьировал от 19 до 86 лет, из которых мужчин – 541, женщин – 249. Они распределены по стадиям следующим образом: I, II стадия - 27% III стадия - 58% III – IV стадия - 15%. Им были выполнены операции типа Льюиса в модификации М.И. Давыдова с послеоперационной летальностью 3,1% и (или) экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову (n=48) с одним летальным исходом (2,1%). Во - вторую группу 446 больных с гастрэктомией, гастроэзофагеальной, резекциями с послеоперационной летальностью 1,4%. Они распределились по стадиям следующим образом: I, II стадия - 11% III стадия - 62% III - IV стадия - 27%. В 3 группу включены - больные после реконструктивных вмешательств по поводу «болезней оперированного пищевода» (n=22) с одним смертельным исходом с послеоперационной летальностью 4,55%. С точки зрения органосберегающих, функциональных операций заслуживает внимание пилоросохраняющие операции с включением дуоденального транзита, практически вытесняющие стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака проксимального отдела желудка. Нами выполнены 40 операции с сохранением пилорического жома, которые позволили повысить функциональные возможности варианта операции с прямым

эзофагодуоденальным анастомозом с разрешением постгастррезекционного синдрома (рефлюкс - эзофагита, демпинг - синдрома) с улучшением качества жизни. Эффективным методом профилактики при высоком индексе риска плеврорегочных, сердечно - сосудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции более широким внедрением в клиническую практику экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову из абдоминозаднемедиастинального доступа. У 30 % больных с местнораспространенным раком доминировала агрессивная стратегия с выполнением симультанных суперрадикальных операций (n=65) удалением от 3 до 8 органов. В Республике Дагестан проблемной задачей остается слабый социально - экономический статус. Не реализованы стандарты даже для развивающихся стран, ступени горизонтальной и вертикальной власти в здравоохранении остались декларациями, поэтому показатели ранней диагностики со смещением структуры онкозаболевания в пользу I – II стадии низкие. Надежды на проект радиологического онкоцентра в РД с решением задач связанных на мультидисциплинарном подходе, на трансляционных принципах клиничко - генетическом мониторинге и подходах с полногеномным скринингом остаются. Выводы Расширение показаний к выполнению эзофагопластики по методике по методике И.М. Давыдова, обеспечивают решение задачи со снижением уровня инфекционных осложнений, связанных как с несостоятельностью швов анастомоза. Наиболее частым осложнениями в раннем послеоперационном периоде при радикальных операциях на пищеводе и кардии являются плеврорегочные, сердечнососудистые осложнения. Эффективным методом профилактики плеврорегочных, сердечнососудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции путем более широкого внедрения стрипинг операций.

797. Опыт симультанных операций у больных с хроническим или острым калькулезным холециститом, осложненного холедохолитиазом

Данилов И.Н., Солоницын Е.Г., Неймарк А.Е., Салов М.А., Ковалев А.А., Караев Р.Х.

Санкт-Петербург

ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова"

Актуальность. В клинических рекомендациях, основанных на данных рандомизированных исследований в лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, определены сроки этапных вмешательств – ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), с эндоскопической литоэкстракцией, с последующей холецистэктомией (ХЭ) в течение 72 часов. Однако, в клинической практике случаются ситуации, когда рецидив холедохолитиаза, в следствии миграции конкрементов из желчного пузыря, возникает в рекомендованный период. Материалы и методы. Симультанные вмешательства были выполнены 4 пациентам, страдающим желчно-каменной болезнью с проявлениями в виде хронического калькулезного холецистита и холедохолитиаза. Причиной выполнения симультанных операций были ранние рецидивы холедохолитиаза после эндоскопической литоэкстракции. Во всех описанных случаях имели место мелкие конкременты желчного пузыря. У двоих пациентов, перенесших первым этапом РХПГ с литоэкстракцией, в раннем послеоперационном периоде (в течение 24 часов), рецидивировал холедохолитиаз, с клиническими проявлениями холангита и острого калькулезного холецистита. Из этих двух больных, у одного после первичного вмешательства выполнена симультанная операция ЛХЭ, РХПГ и ПСТ, литоэкстракция. На 3 сутки пациент выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. В другом случае у пациентки с механической желтухой выполнена РХПГ+ПСТ, извлечен конкремент холедоха. В раннем послеоперационном периоде развился холангит. Выполнена повторная РХПГ, из холедоха повторно извлечены конкременты, произведено назобилиарное дренирование общего желчного протока с положительным эффектом. Выполнено стентирование холедоха, больная выписана на амбулаторное лечение. Через месяц повторно госпитализирована. Выполнена симультанная операция - ЛХЭ и РХПГ, удаление стента холедоха, литоэкстракция. Послеоперационный период без

осложнений. В связи, с возможным развитием осложнений в ранний послеоперационный период, двум другим пациентам по поводу конкрементов холедоха и хронического калькулезного холецистита в плановом порядке выполнены симультанные вмешательства. После краткосрочной подготовки (спазмолитическая терапия), через 24 часа после госпитализации – ЛХЭ с одномоментным эндоскопическим извлечением конкрементов холедоха. Пациенты выписаны без осложнений, на 6-ые сутки после операции. Выводы. У пациентов с мелкими конкрементами в желчном пузыре выполнение эндоскопической литоэкстракции первым этапом не исключает рецидив холедохолитиаза в раннем послеоперационном периоде. Симультанные операции по поводу ЖКБ, холедохолитиаза у пациентов с мелкими конкрементами желчного пузыря могут являться альтернативой рекомендованному этапному лечению.

798. Возможности робот-ассистированных вмешательств при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

*Шаповальянц С.Г., Андрейцев И.Л.,
Кайбышева В.О., Папоян Г. М.*

Москва

ГКБ № 31

Актуальность. В последнее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) привлекает к себе повышенное внимание клиницистов. В России ГЭРБ по разным источникам составляет в среднем 14,5 % . У 10-20% из них развивается пищевод Баррета. Современные методы диагностики ГЭРБ (в том числе суточная инпедансометрия), позволили диагностировать эндоскопически негативную форму заболевания. Целью работы является улучшение результатов хирургического лечения ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) при помощи Роботохирургического комплекса Да Винчи. Материалы и методы исследования. С 2013 г. по 2017 г. выполнено 113 хирургических вмешательств по поводу ГЭРБ и ГПОД в объеме круорофгии, фундопликации по Ниссену (в модификации Floppy-

Nissen). У 75 больных оперативные вмешательства выполнены при помощи роботического комплекса Да Винчи ((РХК), остальные пациенты прооперированы лапароскопическим методом. Средний возраст больных сост. ----- 58 лет + 7 Женщин было 63 Мужчин --- 50 Для определения тактики лечения использовали : 1. ЭГДС 2. Рентгенологическое исследование пищевода и желудка 3. суточная инпедансометрия (гастроскан-ИАМ) и манометрия пищевода. 4. Компьютерная томография брюшной полости при гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Показанием к выполнению хирургических вмешательств являлась совокупность следующих признаков: эндоскопические признаки эзофагита Рнтгенологические признаки гастро-эзофагеального рефлюкса показатели суточной инпедансометрии (De Master > 15) Абсолютным показанием к операции считали: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы больших размеров без ГЭРБ с развитием нарушений экстраорганных функций. Параэзофагеальные грыжи рецидивные грыжи ПОД Результаты и обсуждение. Модификацию Floppy-Nissen применяем с целью уменьшения риска развития дисфагии в раннем послеоперационном периоде. Интраоперационных осложнений и конверсии не было в обеих группах. В ближайшем послеоперационном периоде в одном случае роботассистированной фундопликации возникла дисфагия, которая была ликвидирована эндоскопической баллонной дилатацией. В послеоперационном периоде обследовано 42 пациента, через 3 месяца и год после оперативных вмешательств. У двух пациентов после лапароскопического вмешательства развился рецидив грыжи. Причиной рецидива послужил недиагностированный короткий пищевод. Больные повторно оперированы при помощи роботохирургического комплекса, выполнена операция Collis-Nissen. Осложнений в отдаленном послеоперационном периоде после робоассистированных вмешательств не было. Выводы. Таким образом Роботохирургический комплекс Да Винчи, благодаря стереоскопическому изображению, точностью манипулирования в ограниченном пространстве, легкостью выполнения круорофгии и формирования фундоплицирующей манжеты, является достойной эволюцией лапароскопических вмешательств при ГЭРБ и ГПОД. Рекомендации. Для окончательных выводов рекомендовано дальнейшее продолжение исследований.

799. Оценка качества жизни детей с болезнью Гиршпрунга в период реабилитации

*Дженалаев Б.К., Сивак И.Д., Кабаев Р.Т.,
Латыпов Н.И., Кубайдуллаев А.Р.*

Актобе, Казахстан

Западно-Казахстанский государственный университет имени Марата Оспанова

Актуальность. Качество жизни (КЖ) – мультикомпонентное понятие, включающее объективные и субъективные факторы, окружающие человека и отражающие удовлетворенность данными факторами. Любое заболевание снижает качество жизни ребенка, а хроническое заболевание снижает качество жизни семьи в целом. Современные тенденции хирургического лечения больных в детской хирургии направлены на применение малоинвазивных методов вместо открытых операций. И большинство работ по оценке качества жизни детей направлено на сравнение двух методик оперативного лечения. Лечение детей с болезнью Гиршпрунга ставит реабилитационные мероприятия в один ряд с оперативной техникой хирурга, так как именно реабилитация позволяет ребенку социально адаптироваться в современном мире. Материал и методы. В исследование были включены дети, которые получали реабилитационное лечение в условиях областной детской клинической больницы г. Актобе в период с 2010 по 2017 год. Каждый ребенок после оперативного лечения находился на диспансерном наблюдении амбулаторно у детского хирурга по месту жительства. Восстановительный период в среднем занимал от 1,5 до 3 лет. Всего в анкетировании приняло участие 53 ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет. Для изучения качества жизни детей был использован детский опросник Pediatric Quality Life Inventory – PedsQLTM4.0, состоящий из 23(21) вопросов(а), объединенных в шкалы по принципу 4 основных компонентов благополучия ребенка. За детей дошкольного возраста на вопросы отвечали родители, с 7-летнего возраста – сами дети. Анкетирование проводилось во время профилактических осмотров детей оперирующим хирургом, реабилитации в стационаре. Родители всех анкетизируемых детей подписали информированное согласие на участие ребенка в исследовании. Полученные результаты. В большей степени у детей страдали аспекты физического функционирования (ФФ) и

социального функционирования (СФ). ФФ было снижено в среднем на 30%, СФ в среднем на 20% ($p < 0,05$). Параметры ролевого функционирования (РФ) были изменены на 17% ($p < 0,05$). Параметры эмоционального функционирования (ЭФ) были изменены в наименьшей степени. Обсуждение. КЖ детей старшего возраста было ниже, чем у детей младшего возраста, поскольку они были ограничены в физической и социальной активности. При анализе полученных данных было отмечено, что общий балл качества жизни был снижен вне зависимости от возраста ребенка. Среди обследованных нами пациентов регулярные реабилитационные мероприятия проводились у 19, нерегулярно и не в полной мере – у 28, однократно у 6 детей. Проведенный анализ показывает, что лишь 54% детей можно считать полностью здоровыми к концу 2 года после операции. В остальных наблюдениях адаптационно-компенсаторные процессы развиваются более медленно, к концу 3-го года – 27%, в течение 5 лет после операции – 15%, более 5 лет – 4%. Длительность реабилитационных мероприятий и социальной адаптации в обществе, развитие депрессивных состояний, все это приводило детей старшего возраста к посещению детских психологов. Больные, которые получали реабилитационные мероприятия регулярно и не ограничивались терапией в условиях стационара, нормализация функции кишечника клинически наступала в более короткие сроки. У пациентов нерегулярно, либо не в полной мере проходивших курс реабилитации, а также детей старшего возраста выздоровление отодвигалось на более длительные сроки. Выводы и рекомендации. Регулярные реабилитационные мероприятия, направленные на быстрейшую нормализацию функции пищеварительного тракта способствуют улучшению показателей качества жизни детей с болезнью Гиршпрунга. Раннее оперативное лечение также благоприятно сказывается на физической социальной функционировании детей в период реабилитации. Детям старшего возраста находящимся на реабилитационном лечении считаем обязательным добавление элементов психотерапии и социальной адаптации в обществе.

800. Первый опыт применения эндоваскулярного гемостаза у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

*А.И. Хрипун, И.В. Сажин, А.Б.Миронков,
С.Н. Шурыгин, С.Ю. Орлов*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова;
ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова»

В настоящее время в экстренной хирургии вопрос лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями остается актуальным. Гастродуоденальные кровотечения являются наиболее частым осложнением язвенной болезни и вторым по частоте осложнением, обуславливающим летальность после перфоративной язвы. В многопрофильных стационарах методика и тактика лечения данной группы пациентов в основном отработана. На первый план выходят возможности эндоскопической диагностики и лечения, а именно - выполнения эндоскопического гемостаза. Самая сложная категория пациентов представлена больными с рецидивирующим язвенным кровотечением. В данном случае тактические подходы разнятся. Вопрос о выполнении оперативного лечения у данной группы больных остаётся сложным, так как летальность при выполнении операций на высоте кровотечения крайне высока. Особенно актуальными возможностями малоинвазивного гемостаза являются у пациентов пожилого и старческого возраста.

В настоящее время всё больше появляется сообщений о применении возможностей эндоваскулярного гемостаза у пациентов с сахарным гастродуоденальными язвенными кровотечениями. В отечественной и в зарубежной литературе они встречаются не очень часто. Рандомизированных исследований по данному вопросу найти не удалось. Однако и в нашей стране и за рубежом имеются отдельные центры, широко использующие лечебные возможности эндоваскулярной хирургии в лечении пациентов с язвенными кровотечениями.

С ноября 2017 по февраль 2018г. ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова» эндоваскулярный гемостаз применен у 5 пациентов с рецидивирующим язвенным гастродуоденальным кровотечением.

Среди пациентов было 4 мужчин и 1 женщина. Возраст пациентов был от 33 до 91 года. 2 пациентов поступали с продолжающимся кровотечением Forrest Ia-Ib, 2 пациента - с состоявшимся

кровотечением Forrest IIa, 1 - Forrest IIb. Все они были госпитализированы в отделение реанимации и была выполнена ЭГДС с эндоскопическим гемостазом. У 3 пациентов язва локализовалась в 12- перстной кишке, у 2 - в желудке. Размеры язв 12-перстной кишки были от 1,0 до 2,2 см, в желудке - от 1,5 до 2,3 см. Локализация в 12- перстной кишке была по задне-верхней стенке в бульбодуоденальном переходе у 2 пациентов, у 1 - залуковичная низкая язва. В желудке у 1 пациента язва локализовалась в верхней 1/3 тела, у другого - в субкардиальном отделе. У всех пациентов применен комбинированный метод гемостаза: инъекционный в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией. При этом в 100% случаев первичный эндогемостаз был эффективным. У всех перечисленных пациентов в сроки от 2 часов до 1 суток произошёл рецидив язвенного кровотечения. Был выполнен повторный эндоскопический гемостаз, который в 2 случаях был эффективным, а в 3-х - нет. У всех перечисленных пациентов выполнен эндоваскулярный гемостаз. В 3 случаях удалось точно локализовать источник кровотечения по экстравазации контрастного вещества, в двух случаях эндоваскулярный гемостаз применен в качестве профилактического. В группе пациентов с локализованным источником кровотечения у 1 из них при язве 12- перстной кишки источником кровотечения являлся основной ствол гастродуоденальной артерии, у 2-х пациентов при локализации язвы в желудке в одном случае источником кровотечения явилась восходящая ветвь левой желудочной артерии, в другом - основной ствол левой желудочной артерии.

У 2 пациентов, перенесших эндоваскулярный гемостаз, в сроки от 2 до 12 часов произошёл повторный рецидив язвенного кровотечения. Пациент 33 лет оперирован в объеме резекции 2/3 желудка с экстериоризацией пенетрирующей дуоденальной язвы. Пациент 91 года оперирован в объеме гастротомии с прошиванием кровоточащего сосуда. Оба пациента благополучно перенесли послеоперационный период и выписались.

Пациент с кровотечением из ствола гастродуоденальной артерии взят на ангиографию в тяжелом состоянии. Гемостаз выполнен путем введения спирали в гастродуоденальную артерию. После удачного эндоваскулярного гемостаза состояние его стабилизировалось. Провел в условиях отделения реанимации 8 суток. При контрольной ЭГДС фрагмент спирали визуализировался в дне дуоденальной язвы. Через месяц после проведения эндоваскулярного гемостаза на фоне противоязвенной терапии

язвенный дефект полностью зарубцевался. От оперативного лечения решено воздержаться.

Скончался 1 пациент 86 лет с язвой субкардиального отдела с тяжелой кардиальной сопутствующей патологией через 2-е суток после удачного эндоваскулярного гемостаза, выполненного после рецидива язвенного кровотечения.

Таким образом эндоваскулярный гемостаз при язвенных рецидивирующих кровотечениях является эффективным современным методом лечения, постепенно входящим в арсенал средств экстренных хирургов. Его преимуществом является малоинвазивность и мало травматичность. Его выполнение требует строгих показаний и определенных условий. Вопрос внедрения его в повседневную клиническую практику требует дальнейшего изучения.

801. Результаты открытой реваскуляризации нижних конечностей при плохих путях оттока (непосредственные и отдаленные)

*Покровский А.В., Зотиков А.Е., Харазов А.Ф.,
Басирова Н.М.*

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»,
РМАНПО

Цель: Оценить ближайшие (во время пребывания в стационаре) результаты открытых реваскуляризирующих операций у пациентов с критической ишемией нижних конечностей при плохих путях оттока.

Материалы и методы: в отделении хирургии сосудов совместно с отделением ран и раневых инфекций Института хирургии им. А.В. Вишневского за 2016 год было выполнено 41 открытых реваскуляризации у больных с критической ишемией нижних конечностей. Баллы состояния путей оттока составляли 7 - 9 (Rutherford и соавт., 1997 г.). Всем пациентам реваскуляризация нижних конечностей выполнялась ниже уровня щели коленного сустава. В 10 случаях (24,4%) дистальный анастомоз формировался с подколенной артерией ниже щели коленного сустава, с тibiоперонеальным стволом - 4 пациентам (9,7%), по 7 случаев (17,1%) формирования дистального

анастомоза с передней и задней большеберцовыми артериями, с малоберцовой артерией — 6 пациентам (14,6%). Операция битибиаляного шунтирования выполнена 7 больным (17,1%). В качестве материала для шунта приоритет отдавался использованию аутовены (34,1%). При отсутствии пригодной вены выполнялось комбинированное шунтирование с использованием сегмента большой подкожной вены и синтетического протеза (73,2%), из них с использованием техники «туфелька святой Марии» 7 (17,1%) больным. Шунтирование изолированно протезом проводилось 5 пациентам (7,3%). Формирование разгрузочной артериовенозной фистулы применялось у 10 (24,4%) больных.

Результаты: Ранний тромбоз у 4 пациентов случился в течение первых 5 дней (от 2 часов до 5 суток). Этим пациентам была выполнена тромбэктомия с реконструкцией дистального анастомоза. Первичная проходимость на момент выписки из стационара составляла 90%, вторичная проходимость 100%. У всех больных после реваскуляризации нижних конечностей симптомы критической ишемии были купированы. Два летальных исхода в раннем послеоперационном периоде при сохраненной проходимости шунта наступил вследствие прогрессирования инфекционного процесса на стопе и развития сепсиса. Шунты при этом были проходимы. В этих случаях, по-видимому, исходно была переоценена жизнеспособность конечности. Отдаленные результаты лечения в течение первого года после операции мы изучили у 35 пациентов. Выявили, что поздний тромбоз наблюдался у 16 пациентов (45,7%), четверым из них была выполнена повторная реваскуляризирующая операция на артериях нижних конечностей с хорошим эффектом. Наличие артерио-венозной фистулы не влияло на отдаленную проходимость шунта (частота тромбозов 44,7% против 37,5% при наличии фистулы). Длина аутовенозной вставки (вариант операции с туфелькой св.Марии или комбинированное шунтирование) тоже не влияло на результат. Двое пациентов перенесли малые ампутации, с сохранением опорной функции стопы. Ампутации на уровне бедра и голени выполнены 10 пациентам (24,4%). Наблюдались 3 летальных исхода в течение первого года по причинам, не связанным с выполненным вмешательством (ОНМК, ХПН, онкология). Таким образом, первичная отдаленная проходимость составила 54,3%, вторичная - 68,6 %. Сохранение конечностей в течение года составило 75,6%.

Заключение: реваскуляризация при критической ишемии нижних конечностей, даже при плохих путях оттока, позволяет увеличить частоту сохранения конечности, снизить объем выполняемых вторичных ампутаций и сохранить опорную функцию конечности. Варианты разгрузки шунта существенно не влияли на отдаленные результаты, хотя объем нашего материала не позволяет делать какие-либо статистически достоверные выводы.

802. Робот-ассистированная хирургия новообразований средостения

Карпов О.Э., Ветшев П.С. Аблицов А.Ю., Лукьянов П.А., Крячко В.С., Магомедов Б.А.

Москва

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

Актуальность. В последнее время всё чаще и чаще появляются публикации о робот-ассистированных вмешательствах при образованиях средостения.

Материал и методы. Изучены результаты оперативных вмешательств 46 больных с новообразованиями средостения, находившихся на лечении в нашем Центре с 2005 по 2017 год, которым выполнены робот-ассистированные операции (РАО) (робот Да Винчи).

Полученные результаты. Проанализирован результат 48 больных с образованиями средостения.

Всем больным выполнялось хирургическое лечение на РХК «Da Vinci Si».

Хирургические вмешательства выполнялись как через правую плевральную полость, так и через левую. Основным критерием для выбора доступа являлись результаты инструментальных методов обследования.

Операцию на переднем средостении выполняли в положении больного на спине как для передне-боковой торакотомией. Операции на заднем и среднем средостении осуществляли в положении больного для задне-боковой или боковой торакотомии

Среди них 6 (12,5%) больных по поводу образований заднего средостения.

38 (79,2%) больным с заболеваниями вилочковой железы. 3 (6,25%) больным с кистами средостения. И 1(2,8%) с тератомой.

Среди них 33 женщин, 15 мужчин. Средний возраст составлял 48,5±10,7.

Средняя длительность хирургических вмешательств составляла 180±19,4

Средний койко-день составил 5,9 дней.

Летальных исходов, осложнений в раннем и послеоперационном периоде после выполненных РАО не наблюдались.

Выводы. Уточнения показаний для применения РХК требую накоплений дальнейших материалов.

803. ОСОБЕННОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ.

Батрашов В.А., Каньшина Д.С., Подгурская М.Г., Хамроев С.Ш., Юдаев С.С

Москва

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

Выполнение каротидной эндартерэктомии является эффективным хирургическим методом лечения пациентов с симптоматическими стенозами сонных артерий >60% с целью снижения рисков возникновения ипсилатеральных инсультов. Тем не менее, развитие сосудистых осложнений, связанных с пережатием ВСА и образованием тромб-эмболов во время установки шунта, высок. В связи, с чем встает вопрос о необходимости интраоперационного нейромониторинга с целью оценки скорости кровотока и диагностики возможного развития интраоперационных ишемических осложнений.

Цели:

- Определение чувствительности методик Соматосенсорных вызванных потенциалов при стимуляции срединных нервов (ССВП) и транскраниальной доплерографии (ТКДС) к развитию транзиторной ишемической атаки (ТИА) и ишемического инсульта (ИИ).

- Оценка влияния снижения амплитуд комплексов при исследовании соматосенсорных вызванных потенциалов при стимуляции срединных нервов

(ССВП) и времени их выпадения с учетом возможного развития ТИА и ИИ.

Материалы и методы: В основу исследования положены результаты хирургического лечения и обследования 123 пациентов со стенозирующим поражением брахиоцефальных артерий, оперированных в отделении сосудистой хирургии НМХЦ им Н.И. Пирогова.

Возраст пациентов колебался от 47 до 81 года.

Больные были разделены на две группы: в первой группе у 62 пациентов интраоперационно выполнялись: ССВП и ТКДС среднечерепной артерии (СМА), ЭЭГ, оценивали ретроградный кровоток (РК).

Во второй у 61 пациента интраоперационно оценивали ретроградный кровоток (РК) без интраоперационного выполнения ССВП, ТКДС и ЭЭГ 61 пациента.

Анестезиологическое пособие: Севоран, Фентанил, Рокуроний

Результаты: В группе А: из 62 пациентов у 17 (28,3%) в связи с зафиксированными изменениями ССПВ, ТКДС и ЭЭГ в виде снижения давления ретроградного кровотока менее чем на 1/3 от исходного мм рт ст., при ТКДС снижение до 20 см/сек, уменьшение амплитуды комплекса N20>50%. В связи с чем, интраоперационно применяли временный внутрипросветный шунт.

У 1 пациента первой группы развился легкий послеоперационный неврологический дефицит в виде монопареза 3-4 балла, обусловленный пароксизмом фибрилляции предсердий.

Во второй группе из 61 пациента у 8 (13,3%) применяли временный внутрипросветный шунт.

У 2 пациентов развился послеоперационный неврологический дефицит в виде ОНМК: у одного полушарный ишемический инсульт, со смещением срединных структур и последующим летальным исходом.

У второго неврологический дефицит в виде монопареза 3 балла.

Выводы:

1. Изменения ТКДС и ССВП чувствительны к ишемическим изменениям при КЭЭ, коррелируют друг с другом.

2. Представляет интерес влияние времени снижения скорости мозговой перфузии по ТКДС, скорости ретроградного кровотока и снижения амплитуды коркового ответа по ССВП на риск развития ишемических событий.

3. Необходим мультимодальный подход в проведении интраоперационного нейромониторинга при каротидной эндартерэктомии.

4. Одновременное применение ССВП, ЭЭГ, ТКДС и определение скорости ретроградного кровотока снижают риск развития неврологических осложнений.

5. Критериями установки шунта могут быть приняты: Снижение ретроградного кровотока на 1/3 от исходной;

Уменьшение амплитуды N20>50%, увеличение латентности N20 на 20%;

Снижение скорости кровотока <30см/с;

Уменьшение амплитудных характеристик и преобладание медленно волновой активности на ЭЭГ.

804. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Батрашов В.А., Мирземагомедов Г.А., Сергеев О.Г., Юдаев С.С, Хамроев С.Ш., Виллер А.Г., Боломатов Н.В.

Москва

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

Аневризмы селезеночной артерии в клинической практике являются третьими по частоте встречаемости внутрибрюшных аневризм, после аневризм аорты и подвздошных артерий. Важное значение имеет своевременное выявление и хирургическое лечение аневризм данной локализации, так как в четверти случаев они осложняются разрывом, а уровень смертности после разрыва составляет 25-70%.

Цель. Проанализировать результаты открытого хирургического лечения пациентов с аневризмами селезеночных артерий.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения аневризм селезеночной артерии у 17 больных за последние 2 года. Показаниями к операции считали наличие аневризмы более 2 см в диаметре или симптомных аневризм любого размера. Больных с бессимптомными аневризмами от 1 до 2 см в диаметре наблюдали в динамике и обследовали каждые 6 месяцев. Средний возраст оперированных пациентов составил 42,6 ± 9,7 года. Большинство больных были женщины – 11 (64,7%) случаев, мужчин было 6 (35,3%). Диагностика локализации и

размеров аневризм проводили методами контрастной визуализации: ангиография висцеральных ветвей аорты, МР-ангиография, КТ-ангиография. По результатам обследования выявлено, что в большинстве случаев аневризмы располагались в дистальной трети селезеночной артерии и обычно имели мешотчатое строение.

Результаты. При выявлении показаний к оперативному лечению, методом выбора являлось использование эндоваскулярного вмешательства (в 11 случаях): эмболизация аневризмы или имплантация стент-графта. При невозможности эндоваскулярного лечения, прибегали к открытой хирургической тактике. В 1-м случае выполнена резекция аневризмы с протезированием селезеночной артерии реверсированной аутогенной (БПВ), в 2-х случаях – резекция аневризмы с наложением анастомоза конец-в-конец, в 3-х случаях – аневризморафия. В ближайшем послеоперационном периоде и в период наблюдения до 1 года осложнений не было. При контрольном дуплексном сканировании с цветным картированием через 2 и 12 месяцев выявлена полная проходимость селезеночной артерии у всех пациентов, данных за рецидив заболевания не получено ни в одном случае.

Выводы. Учитывая высокую распространенность аневризм селезеночных артерий и повышенный риск летальных осложнений связанных с разрывом аневризмы, хирургическая тактика должна быть активной. Предпочтение должно отдаваться эндоваскулярным методам, однако в некоторых случаях методом выбора является открытое хирургическое лечение.

805. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

*П.С. Ветшев, П.Л. Янкин, В.А. Животов,
А.Ю. Дрожжин, Е.И. Поддубный, Э.А. Крастынь*

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени И.М. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ

Операции на органах шеи, в частности, при заболеваниях щитовидной и околощитовидных желез, известны высоким риском повреждения

возвратных гортанных нервов (ВГН), отвечающих за образование голоса.

Традиционно в клинической практике специализированных отделений эндокринной хирургии для выявления нарушений подвижности голосовых складок (ГС) применяют видеоларингоскопию (ВЛС). Обладая высокой точностью, проведение ВЛС связано с необходимостью использования дополнительного оборудования, привлечения ЛОР-врача или врача-эндоскописта, а также с риском развития осложнений, что иногда может приводить к несвоевременной диагностики пареза ВГН. Представляется привлекательной перспектива расширения применения ультразвукового исследования (УЗИ) в отделениях эндокринной хирургии для исследования структур гортани.

Цель исследования – изучить возможности выполнения, разработать методику проведения и определить диагностическую точность УЗИ гортани в выявлении нарушений подвижности ГС в сравнении с традиционно применяемой для этого ВЛС

Материалы и методы. В исследование были включены 932 пациента, госпитализированные в отделение онкологии и эндокринной хирургии НМХЦ им. Н.И. Пирогова, которым планировалось выполнение хирургических вмешательств по поводу заболеваний щитовидной и околощитовидных желез. Были сформированы две группы пациентов. У пациентов первой группы (n=932) проводили изучение возможностей УЗИ в обнаружении различных структур гортани. Вторую группу составили 864 пациента первой группы, у которых ГС были хорошо видны при проведении УЗИ до операции. В послеоперационном периоде всем пациентам второй группы не ранее, чем на вторые сутки после операции были проведены как УЗИ ГС, так и ВЛС. В этой группе изучали диагностическую точность УЗИ в выявлении нарушений подвижности. Результаты.

1. Разработана методика проведения УЗИ ГС. УЗИ ГС проводим в положении пациента лежа на спине. Для получения изображения структур гортани и ГС, располагаем ультразвуковой датчик в поперечном положении в проекции середины, либо нижней трети передней поверхности щитовидного хряща. Добиваемся попадания в плоскость «ультразвукового среза» анатомических структур гортани, важных для исключения пареза – истинных, ложных ГС и черпаловидных хрящей. Нормальные, неповрежденные ГС симметричны по размеру и в движении. Симметричность ГС мы оцениваем в В-режиме исследования при спокойном дыхании, либо при спокойном

разговоре. Для этого мы просим пациента посчитать вслух от одного до десяти с двух-трехсекундными интервалами. В норме ГС имеют одинаковую длину, измеренную от угла щитовидного хряща до черпаловидных хрящей, и симметрично приводятся и отводятся при фонации.

2. Изучение возможности УЗИ в обнаружении различных структур гортани.

Структуры гортани были доступны осмотру при УЗИ (без учёта возрастных групп и пола) у 92,7% пациентов, при этом были выявлены две закономерности: ухудшение доступности осмотру с увеличением возраста пациентов и лучшая видимость ГС у женщин, чем у мужчин.

3. Изучение диагностической точности УЗИ в выявлении нарушений подвижности ГС.

Все пациенты второй группы были прооперированы. У 58 из них (6,7%) после операции при проведении УЗИ гортани были обнаружены различные нарушения подвижности ГС – от асимметрии до полной неподвижности с одной стороны. Всем пациентам второй группы была выполнена ВЛС в послеоперационном периоде. ВЛС была выбрана в качестве метода контроля точности наличия или отсутствия нарушений подвижности ГС. Чувствительность и специфичность УЗИ для выявления нарушений подвижности ГС составили соответственно 93,55% и 100%, диагностическая эффективность УЗИ в сравнении с ВЛС как методом контроля (сравнение с «эталоном») составила 99,5%. Статистически значимых различий между УЗИ ГС и ВЛС в диагностике пареза ГС обнаружено не было.

Заключение. УЗИ гортани представляется эффективным и перспективным для обнаружения пареза ГС с чувствительностью и специфичностью соответственно 93,55% и 100%. Среди пациентов, у которых ГС доступны ультразвуковому сканированию, по своей точности предлагаемый метод сопоставим с ВЛС и может быть с успехом использован в повседневной работе отделений эндокринной хирургии.



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

www.ixv.pf

e-mail: Krivtsov@ixv.ru